



UNIVERSIDAD DE CHILE

Facultad de Economía y Negocios

Escuela de Economía

ESTRUCTURA Y COMPORTAMIENTO DEL MERCADO DE SALUD EN CHILE

Seminario para Optar a Título de Ingeniero Comercial

INTEGRANTES:

Edgardo León Vargas

Amanda Martínez Becerra

Profesor Guía: Jorge Katz Sliapnic

Santiago de Chile

Julio 2011

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos sinceramente la colaboración y apoyo en presente seminario del profesor Jorge Katz, por acoger nuestras inquietudes y siempre desafiarnos a hacer una mejor investigación.

Al economista Rafael Urriola por compartir su conocimiento y experiencia en el sector público de salud, principalmente en la elaboración de las Cuentas de Salud en Chile.

A los economistas Andras Uthoff, Daniel Titelman y su asistente de investigación Pablo Carvallo, por sus orientaciones, recomendaciones y valiosos comentarios para el desarrollo de la tesis.

A nuestras familias por todo el apoyo y cariño entregado durante estos meses.

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO.....	6
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPITULO I: INSTITUCIONALIDAD Y CUENTAS DE SALUD.....	11
1. Evolución e Institucionalidad del Sector Salud.....	11
1.1. Reforma Estructural del Sector Salud.....	13
1.2. Reforma AUGE.....	16
2. Financiamiento de la Salud en Chile.....	25
2.1. Sistema de Cuentas de Salud para Chile 2000 y 2009.....	27
2.1.1. Fuentes de Financiamiento.....	31
2.1.2. Usos.....	33
2.1.3. Participación del Gasto en Salud como Porcentaje del PIB.....	35
CAPITULO II: ORGANIZACIÓN INDUSTRIAL DEL SECTOR SALUD EN CHILE.....	38
1. Industria Farmacéutica.....	38
1.1. Características Generales de la Industria Farmacéutica.....	38
1.1.1. Marco teórico y legislación relacionada.....	38
1.1.2. Posicionamiento de la industria farmacéutica nacional.....	40
1.1.3. Tipos de medicamentos.....	42
1.2. Laboratorios.....	43
1.3. Droguerías y Farmacias.....	45
1.3.1. Droguerías.....	45
1.3.2. Farmacias.....	46
1.3.3. Integración Vertical entre Farmacias, Droguerías, y Laboratorios.....	48
1.4. Ventas de Medicamentos en Chile, Montos y Volúmenes.....	49
1.5. Compra Pública y el Rol de CENABAST.....	54
2. Infraestructura y Prestadores de Atención de Salud.....	57
2.1. Prestadores Privados.....	57
2.2. Prestadores Públicos.....	62
2.3. Oferta y Rendimiento del Sistema de Salud.....	65
3. Médicos.....	69
3.1. Formación de Médicos.....	69
3.2. Número de Médicos en Chile.....	72
3.3. Remuneraciones de los Médicos.....	74
3.4. Integración Vertical entre Prestadores y Médicos.....	76
4. Aseguradoras como Intermediarios en las Prestaciones de Salud.....	78
4.1. FONASA.....	78
4.1.1. La Asignación de Recursos, el rol de la Intermediación.....	85

4.1.2. Articulación Público – Privada	89
4.2. ISAPREs	93
4.2.1. Administración del Riesgo.	104
4.2.2. Selección Adversa.....	105
4.2.3. Mecanismo de pago a Proveedores	110
CAPITULO III: Equidad.....	116
1. Ámbitos de Equidad.....	116
2. Problemas de Equidad en el Sistema Chileno	117
2.1. Redistribución al interior del FONASA	124
2.2. Subsidios Públicos a las ISAPREs	125
3. Rol del AUGE/GES para disminuir Inequidades	127
3.1. Programas Públicos para reducir la Inequidad.....	135
3.1.1. Préstamos Médicos	135
3.1.2. Seguro Catastrófico.....	138
3.1.3. Programa del Adulto Mayor	139
3.1.4. Programa Oportunidad en la Atención.....	142
3.1.5. PAD – “La Cuenta Conocida” de FONASA	143
CONCLUSIONES	146
BIBLIOGRAFÍA.....	150
ANEXOS Y APÉNDICES.....	153
Capítulo I.....	153
Capítulo II.....	157
Capítulo III.....	160
Anexo Metodológico para la Construcción de Cuentas de Salud	161

Índice de Tablas, Cuadros y Gráficos

Tabla 1: Indicadores de Salud Chile previo a reforma de la década de los '80	11
Cuadro 1: Enfermedades cubiertas por AUGE/GES a la actualidad	20
Figura 1: Institucionalidad del Sistema de Salud en Chile	24
Figura 2: Financiamiento del Sistema de Salud en Chile.	25
Tabla 2: Variación de las Fuentes de Financiamiento (millones de pesos de 2009).....	32
Tabla 3: Variación en los Usos de los recursos de salud (millones de pesos de 2009)	35
Tabla 4: Estadísticas económicas básicas de las Cuentas de Salud	36
Gráfico 1: Participación de Mercado de Farmacias.....	47
Tabla 5: Precio Promedio de Medicamentos en USD 2006-2010 a Pesos Corrientes .	51
Gráfico 2: Evolución del Número de Unidades Vendidas	52
Gráfico 3: Ventas de Medicamentos indirectas	53
Gráfico 4: Monto de Facturación CENABAST 2002-2009 (Pesos de Dic. de 2009)	55
Cuadro 2: Principales Prestadores Hospitalarios Privados de las ISAPREs	59
Cuadro 3: Principales Prestadores Ambulatorios Privados de las ISAPREs	59
Tabla 6: Oferta de servicios médicos pertenecientes a prestadores privados	60
Tabla 7: Número de Prestaciones de Beneficiarios de ISAPREs (en miles).....	61
Cuadro 4: Número de Exámenes de Laboratorio e Imagenología en establecimientos pertenecientes al SNSS, año 2007.	65
Cuadro 5: Distribución de Camas Hospitalarias, año 2010	66
Tabla 8: Número de prestaciones según sistema (miles).....	66
Tabla 9: Número de prestaciones según sistema, per cápita.....	67
Tabla 10: Gasto total en prestaciones, sistema ISAPRE y sistema FONASA (pesos diciembre 2009).....	68
Gráfico 5: Médicos titulados en Chile al año	70
Gráfico 6: Número de egresados de escuelas de medicina 2001-2010	71
Tabla 11: Relación entre número de médicos y población total	72
Cuadro 6: Distribución médicos especialistas	74
Gráfico 7: Beneficiarios de los Seguros de Salud en Chile	80
Tabla 12: Estimación de los beneficiarios del seguro público de salud y su participación respecto a otros sistemas,	81
Gráfico 8: Evolución de la cartera de Beneficiarios FONASA según quintil de ingreso	83
Gráfico 9: Desagregación de beneficiarios del Sistema FONASA.....	84
Gráfico 10: Tipo de beneficiario Grupo A FONASA para 2009.....	85
Figura 3: Asignación de los Recursos en el Sistema de salud	86
Figura 4: FONASA y su rol Intermediador.....	87
Cuadro 7: Mecanismos de Pago del Sector Público	88
Figura 5: Compra a Proveedores Privados	89
Figura 6: Compra Directa MAI	90
Figura 7: Compra Directa MLE	91
Figura 8: Compra AUGE como eje central.....	92
Gráfico 11: Número de ISAPREs en operación a diciembre de cada año.....	94
Cuadro 8: ISAPREs vigentes a 2009	95
Gráfico 12: Indicadores de Rentabilidad Financiera Sistema ISAPRE	97

Gráfico 13: Cotizantes, Cargas y Beneficiarios Vigentes del Sistema ISAPRE (a Dic. de cada año)	98
Gráfico 14: Evolución de la cartera de Beneficiarios ISAPRE según quintil de ingreso	99
Tabla 13: Distribución de beneficiarios por quintiles ingresos 2000-2009.	100
Tabla 14: Cargas promedio por cotizantes del sistema ISAPRE	101
Gráfico 15: Cotización pactada promedio anual del Sistema ISAPRE (en pesos de Dic de 2009)	101
Gráfico 16: Evolución del Promedio de las alzas de Precios Base 2001-2010.....	103
Gráfico 17: Beneficiarios sexo Masculino según tramo de edad.	109
Gráfico 18: Beneficiarios sexo Femenino según tramo de edad	110
Tabla 15: Nivel y participación del Copago (en millones de pesos de 2009)	113
Tabla 16: Ratio Copago/Gasto Operacional (per cápita).....	114
Tabla 17: Gasto Per Cápita Asistencial en Salud según Sistema e Índice Per Cápita a pesos de 2009	119
Tabla 18: Prestaciones per cápita en ISAPRE y MLE	120
Gráfico 19: Factores de Riesgo asociados a los costos observados de 2009	123
Gráfico 20: Crecimiento del Gasto per Cápita Público y Privado.....	128
Gráfico 21: Evolución del gasto per cápita público y privado sobre el Gasto per Cápita total FONASA/ISAPRE	129
Gráfico 22: Evolución porcentual de individuos sin cobertura	131
Gráfico 23: Aumento de beneficiarios en ISAPRE y FONASA.	132
Gráfico 24: Número de casos GES entre Enero y Diciembre de cada año.....	133
Gráfico 25: Casos GES Acumulados de Julio de 2005 a Diciembre de 2010, por tipo de atención.....	134
Gráfico 26: Cantidad y Montos de los Préstamos Médicos otorgados.....	137
Gráfico 27: Cantidad y Gasto en beneficios programa Adulto Mayor	141
Tabla 19: Adultos mayores de 55 en el Sistema FONASA (a Diciembre de c/año)	142
Tabla 20: Ingresos FONASA a pesos de Dic. 2009	153
Tabla 21: Ingresos ISAPRE a pesos de Dic. 2009	154
Cuadro 9: Oferta e ingresos grupo Banmédica al año 2010.....	157
Gráfico 28: Evolución Licencia Médicas Tramitadas y Autorizadas.....	157
Tabla 22: Ratio Cotización Adicional Voluntaria sobre Cotización Legal	158
Tabla 23: Beneficiarios Sexo Masculino de ISAPRE por edad (en Dic de c/año)	158
Tabla 24: Beneficiarios Sexo Femenino de ISAPRE por edad (a Dic de c/año)	159
Cuadro 10: Tabla de Factores de Riesgo Vigentes a 2009	160

RESUMEN EJECUTIVO

El modelo de salud chileno se desarrolló rápidamente durante el siglo XX mostrando resultados concretos como la disminución en mortalidad y aumento en la esperanza de vida hasta ante de los '80, pero una vez llegado la década se materializó una profunda reforma al sector que redefinió el modelo de salud nacional, a uno de carácter dual, donde coexistían dos grandes agentes, el público y el privado, lo cual derivó en que se fueran gestando inequidades debido a que la salud era distinta para ricos y pobres. Una vez llegada la década de 1990, y con el nuevo gobierno a cargo comenzaron los primeros esfuerzos por combatir las inequidades mediante inversiones en el sector. Pero no es hasta 2002 donde comienza a gestarse una nueva reforma la cual entra en implementación en 2005, la Reforma AUGE/GES. A partir de ésta nace nuestra inquietud en relación a demostrar si la Reforma ha permitido aminorar las brechas existentes tanto en el número de prestaciones médicas como en el gasto en ellas, entre beneficiarios de ISAPRE y FONASA.

En relación al tema de gasto en Salud demostramos que el país presenta un mayor gasto en salud durante el año 2009, más que duplicándose de acuerdo a nuestras estimaciones basadas en la metodología de Cuentas de Salud, lo que se traduce en un mayor gasto per cápita en pesos y dólares. Además el sector público ha ido ganando terreno ya que su participación en el gasto total en salud varía de un 54,1% a 58,7% a lo largo de la década. Por el lado de las prestaciones evidenciamos un gran crecimiento del número de prestaciones per cápita del sistema privado, de 14,06 a 18,93 prestaciones per cápita a lo largo de la década, y para el caso del sistema público se mantiene estable entorno a 11 prestaciones per cápita. Al considerar sólo los casos GES, que representa el nomenclador garantizado por el estado para disminuir inequidad en la atención, acceso y financiamiento, evidenciamos que el seguro que otorga mayor número de prestaciones de este tipo es FONASA, el cual financia un número creciente de éstas a través de los años que lleva implementado el plan.

Finalmente encontraremos que con el AUGE/GES ha cambiado el modelo organizacional del sector salud dando mayor peso a los seguros, prestadores y gasto en medicamentos, en desmedro de los médicos. Dentro de los seguros y prestadores se diferencia al sector público que pasa a actuar como financiador y el sector privado como proveedor de prestaciones, asemejándonos en parte al modelo organizacional de Canadá.

INTRODUCCIÓN

En el siguiente seminario revisaremos los diferentes componentes del mercado de salud en Chile: seguros de salud, industria farmacéutica, prestadores de atenciones de salud y médicos, con el foco en la última década (2000 - 2009), con el objetivo de ver el impacto de la reforma de salud, AUGE.

El estudio de la salud se concreta en una rama de la economía llamada Economía de la Salud y se fundamenta en la teoría del capital humano. En este se considera que mantener estados de salud favorables afecta positivamente la formación de capital humano (en conjunto con los niveles de formación académica) y por ende, como es conocido en la teoría macro, explicaría directamente los niveles de productividad del trabajo, lo que redundaría en mayores niveles de crecimiento y desarrollo económico de los países

El mercado de la salud tiene complejidades a la hora de analizarlo, porque la salud en sí misma no es un bien, si no que se genera un mercado relacionado que son las atenciones médicas. Es extensa la literatura que habla de las fallas que existen en este mercado. En el año 1963, Kenneth J. Arrow, explicó los problemas que surgen de la atención de salud, de la siguiente manera: i) motivo del beneficio no es adecuado para explicar la actividad en el mercado médico, porque el médico ha aceptado su papel social dentro de la comunidad, ii) existe una falta de operatividad en el sistema de precios, donde el precio no equipara la oferta y la demanda, además de la ausencia de un bien homogéneo, por lo que se ha necesario mecanismos de regulación, mediante impuestos iii) la ausencia de racionalidad de los pacientes, debido a la falta de información con que cuentan. Existe incertidumbre del momento en que enferman, ni cuánto tiempo permanecerán enfermos, las cantidades subóptimas de servicios médicos. Además, no conocen el tratamiento adecuado para mejorar su estado de salud, por tal motivo delegan todo el poder de decisión sobre los agentes prestadores de servicios. iv) existen externalidades en el consumo de algunos servicios médicos, como en el caso de las vacunas en contra de virus. Mushkin (1958), afirma que la

existencia de estas externalidades en el consumo podría generar una subproducción y una subvaloración de los servicios preventivos de salud, siendo necesaria la regulación, por ejemplo en la provisión de dicho servicio. v) Existe incertidumbre en relación al producto, es decir, en donde tanto el paciente como el médico no conocen la calidad de la atención ni la idoneidad del tratamiento que le están dando, vi) existe una oferta restringida en la industria médica, es decir, la entrada en la profesión está limitada por la necesidad de una autorización legal y la admisión a los programas universitarios de las profesiones médicas, lo que se hace para garantizar un mínimo de calidad.

Por lo que Arrow concluye en la necesidad que se generen mecanismos de seguros para cubrir la siniestralidad de cada persona, pero esto genera fallas asociadas al mercado de los seguros, como: i) riesgo moral, por parte del asegurado y también del asegurador, ii) selección adversa, en donde los que se cubren son los más riesgosos, lo que concluye que el asegurador desarrolle, iii) selección de riesgos, es decir sólo cubra a quienes tienen un menor riesgo.

Finalmente se puede encontrar otras dos fallas de mercado. La primera se produce por el aumento en el número de médicos, la que dice relación con la inducción de demanda, cuya hipótesis es: el proveedor desplaza la demanda en orden a obtener un ingreso objetivo: el monto de dinero ganado a través de la práctica médica, que un médico quiere lograr, es decir, la oferta crea su propia demanda. La segunda se relaciona con el poder que tiene el médico en la demanda del paciente, generando demanda por atenciones que pueden no ser necesarias debido a la existencia de un tercer pagador. Esto también está presente en los precios a los que se ofrecen servicios a grandes compradores de servicios de atención médica, como FONASA.

Este seminario se orientará a ver el comportamiento que ha tenido el mercado de salud en la última década en nuestro país, encontrándonos con una de las reformas sociales más importantes desde el retorno a la democracia que dice relación con garantizar atención de salud en un conjunto de patologías, por lo que se presumen

cambios importes dentro del mercado, no sólo en termino de gastos, sino, el más relevante en términos de política como es lograr equidad en el ámbito de salud.

Por lo tanto nuestra hipótesis es: “Con la Reforma AUGE/GES se acortaron las brechas de prestaciones médicas y de gasto en ellas, entre beneficiarios de ISAPRE y beneficiarios de FONASA”.

El Capítulo I se divide en dos partes. En la primera se pretende caracterizar el desarrollo que tuvo el sector salud desde las primeras décadas del siglo XX, el sistema de organización industrial que tuvo Chile en este periodo y cómo a fines del siglo se reformó el sistema en el marco de la aplicación del modelo neoliberal en Chile. Esto será clave para el presente trabajo, porque aparecen en el mercado los dos actores relevantes, el Fondo Nacional de Salud, FONASA, y las Instituciones de Seguridad Previsional, ISAPRE, posteriormente se hará énfasis en la reforma llevada a cabo ya entrado el siglo XXI conocida como la reforma AUGE/GES cuya característica esencial es la promesa constitucional de la entrega de prestaciones en base a garantías de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. En la segunda parte se analizará las Cuentas de Salud de Chile para el año 2000 y para el año 2009, mostrando la evolución que ha tenido en el periodo los recursos destinados a salud y el gasto en el mismo. En el segundo capítulo se hará un análisis desde el punto de vista de organización industrial, identificando a los tres principales componentes de la función de producción de salud como lo son: la industria farmacéutica, los prestadores de atención de salud y los médicos, y a los que administran el proceso de aseguramiento de salud de la población, como lo es FONASA e ISAPRE haciendo hincapié en la composición pública-privada que caracteriza este sector. Finalmente, en el Capítulo III, entramos a la discusión de equidad reconociendo que es un serio problema que genera debate en la sociedad chilena; analizaremos el impacto de las reformas de salud con el foco de Equidad, para evaluar si el objetivo de la reforma se cumplió después de XX años de su aplicación, o por lo menos si el sistema de salud le ha permitido a más personas tener atención, y por último se exponen programas públicos focalizados en sectores víctimas de distintos aspectos de inequidad en salud.

CAPITULO I: INSTITUCIONALIDAD Y CUENTAS DE SALUD

1. Evolución e Institucionalidad del Sector Salud en Chile

El sistema de salud chileno se ha caracterizado (E. Miranda, 1990). Ya entrado “por su gran precocidad, al incorporar rápidamente los avances tecnológicos en salud y los desarrollos sociales universales” el siglo XX, en la década del 20 nació la Previsión Social en Chile para los obreros mediante la creación de la Caja de Seguro Obrero, la que fue complementada con posterioridad en los 30, y en los 40 nació la protección para los empleados públicos y particular. De este modo el sistema de salud chileno que se fue desarrollando mostró resultados notables antes de la década de los 80, los que se evidencian al observar los siguientes indicadores de salud en la Tabla 1:

- i) Esperanza de vida al nacer: en 1960 alcanzaba 58,1 aumentando en casi 10 años para 1975 (67,2 años). Hay un nuevo aumento a 71 años en 1980, valor muy cercano al alcanzado en países desarrollados.
- ii) Mortalidad infantil: ésta alcanzaba a 136,2 en 1950, reduciéndose en un 76% de dicho valor, alcanzando entonces 31,8 a inicios de 1980.

Tabla 1: Indicadores de Salud Chile previo a reforma de la década de los '80

Años	Tasa Natalidad	Tasa Mortalidad Infantil (/1.000 N.V.)	Tasa Mortalidad General (/1.000 Habs.)	Esperanza de Vida al Nacer (años)	Total	Inmunizaciones (1) Por Cada 1000 Habs.
1950	34,2	136,2	14,8	N/D	N/D	N/D
1960	37,1	120,3	12,3	58,1	2.016.901	262
1965	35,9	95,4	10,7	60,6	4.163.730	485
1970	27,5	79,3	8,8	63,6	4.530.775	478
1975	24,8	55,4	7,2	67,2	5.073.050	490
1980	22,8	31,8	6,6	71	4.000.351	359
1985	21,6	19,5	6,1	71,5	3.898.202	322
1988	23,3	18,9	5,8	71,8	4.137.785	325

(1) Incluye vacuna antivariólica hasta 1981, antitífica, antidiftérica, mixta, antipoliomelítica oral, antisarampión, antiinfluenza y BCG.

Fuente: “Descentralización y Privatización del Sistema de Salud Chileno”, Ernesto Miranda R, Centro de Estudio Públicos, revista nº 39, 1990.

iii) Mortalidad general: la tasa de mortalidad general, por su parte, se redujo de 14,8 en 1950, a 6,6 en 1980 (55% de reducción en 30 años) por cada mil habitantes. Esta cifra es significativamente buena, luego en 1985, según datos de OPS¹, la cifra alcanza las 6,13 víctimas superando a países como EE.UU, Brasil, Argentina, Canadá.

Los indicadores² de capacidad de recursos humanos (personal de salud público, número de camas público y privado), materiales (establecimientos de asistencia médica pública) y financieros (gasto público en salud como proporción del PIB) mostraron también una evolución favorable hasta los años 60 y en parte hasta mediados de los '70

Hacia fines de los años setenta el sistema de salud era en gran parte público, financiamiento y prestación de servicios de salud estaban en manos del Ministerio de Salud, dejando un reducido espacio al sector privado que entregaba servicios a quienes no estaban adscritos en algún régimen previsional y que tenían los ingresos suficientes para financiar tales prestaciones médicas y al Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) que correspondía a la única opción de Libre Elección del sistema de salud pública.

En aquella época el sistema de salud funcionaba a través de cuatro agentes:

- i) Ministerio de Salud: tenía escasa participación y las funciones de administración y operación del sistema público radicaban en el SNS. El país se dividía en 13 zonas de salud, las cuales se encontraban subordinadas al Director del SNS, quien coordinaba las acciones de dichas zonas.

- ii) Servicio Nacional de Salud (SNS): bajo administración estatal, era responsable de atender a obreros, sus cargas y a los indigentes. La cotización era obligatoria y no existía libertad de elección ni en el ámbito de

¹ Sólo existen datos desde 1985 hacia delante, idealmente hubiéramos deseado encontrar datos anteriores a este año con el objetivo de argumentar que Chile lidera la región con un buen Indicador de Mortalidad previo a la década de los '80 cuando se inicia la reforma a la Salud.

² Básicamente estos indicadores intentan medir eficiencia. Existen indicios de una alta productividad ($\Delta Q/L$) en el sector desde antes de la reforma estructural del Gobierno Militar.

establecimientos de salud ni al nivel de personal médico. Los obreros podían recibir prestaciones en el sector privado, las que debían financiar en su totalidad con recursos propios. El financiamiento del SNS provenía de aportes patronales, de aportes de los trabajadores y de aportes fiscales.

- iii) SERMENA: agente a cargo del financiamiento de las atenciones de salud de los empleados y sus cargas, bajo el esquema de libre elección de los prestadores, pero no entregaba prestaciones directas. El financiamiento provenía de las cotizaciones de los empleados dependientes y de los pagos directos de los beneficiarios al momento de solicitar la atención
- iv) Sector Privado: atendía a beneficiarios de SERMENA que optaban por prestadores privados, a la población que contaba con recursos propios para financiar su salud y a quienes pertenecían a algún otro sistema previsional

1.1. Reforma Estructural del Sector Salud

A fines de la década de los setenta, se inició una serie de reformas estructurales cuyo propósito era la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del estado y la adopción de un sistema de desarrollo económico y social inspirado en la economía social de mercado basado en el principio de subsidiaridad del estado, un rol activo del sector privado en la economía y en el uso del mercado como instrumento asignador de recursos.

En 1979, se aplican las primeras reformas al sistema de salud chileno mediante el Decreto Ley 2.763:

- i) Fusión de los recursos del SNS y del SERMENA en una nueva entidad llamada Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).
- ii) Se redefinen las funciones del Ministerio de Salud quien queda como responsable del diseño de políticas y programas; la coordinación de las

entidades del área, y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud.

- iii) Creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que continúa con las labores de administración y financiamiento que realizaban el SNS y SERMENA constituyéndose para tales efectos como un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio y planta propia. Pasa a ser la principal institución financiera del sector público responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos estatales destinados a salud.
- iv) Creación del Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos del SNS (CENABAST).
- v) Descentralización del SNSS a través de 27 servicios de salud a lo largo del territorio nacional, cada uno de los cuales brinda prestaciones de salud mediante redes asistenciales constituidas por hospitales de distinta complejidad, consultorios urbanos y rurales, postas y estaciones médicas rurales. Es importante destacar que esta descentralización se llevó a cabo sin la debida fiscalización de resultados y acreditación de estándares de calidad en las prestaciones.

En 1981 se producen dos nuevas reformas importantes.

- i) Basado en la aplicación del DFL 1-3.063, de 1980 comienza un proceso de descentralización de la atención primaria. Tales reformas han hecho que en la actualidad el sistema de salud chileno presente una estructura dual, según la cual los subsectores público y privado desempeñan funciones en materia de financiamiento (seguros) y producción de servicios de salud. Por medio del decreto se traspasa, desde 1981 hasta 1988, un porcentaje estimado en 70% de los establecimientos de atención primaria del SNSS a las municipalidades con el objetivo de

mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de la población directamente atendida y lograr que las propias municipalidades efectuaran aportes adicionales para salud, ya que el proceso no destinó los recursos suficientes debido a que la prioridad era enfrentar la crisis bancaria. Los consultorios de atención primaria tienen a su cargo la atención de salud del recién nacido hasta niños de 14 años, la consulta por morbilidad y el control de salud del adulto y del adolescente, el control del embarazo y la planificación familiar.

- ii) A través de la dictación del Decreto Ley 3.626 y con el Decreto con Fuerza de Ley 3 que lo reglamenta se establece la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) permitiendo la libertad de elección para el trabajador dependiente para optar a comprar su seguro obligatorio de salud, ya sea del sistema público FONASA o del recién creado sistema privado ISAPRE. Para ello se establece una cotización obligatoria del 4% del ingreso imponible del trabajador, porcentaje que aumentó a un 7% en 1986, con un tope máximo de 4,2 UF mensuales.

En 1985, se instituye el nuevo régimen de prestaciones de salud, derogando así el antiguo estatuto que establecía el sistema de medicina preventiva. Se establecen las prestaciones de salud mínimas que las ISAPRE están obligadas a otorgar sin cobrar un pago adicional sobre la cotización del afiliado. Las ISAPRE ejercen un rol asegurador que financia prestaciones de salud otorgadas por clínicas, médicos y laboratorios independientes, actividad que durante gran parte de la década de los años ochenta era regulada por FONASA. Sin embargo, en 1990, con la promulgación de la Ley N° 18.933 reguladora del sistema privado, se crea la Superintendencia de ISAPRE, entidad encargada de fiscalizarlas, velar por el cumplimiento de la normativa y promulgar disposiciones relativas al funcionamiento del sector. Además con la creación de las ISAPRE se promueven cambios culturales de importancia en el país. En primer lugar, se introduce la noción de que la salud es un bien que requiere de un pago. En segundo lugar, se reconoce al lucro en salud como legítimo y necesario para promover la llegada de capitales y tecnología privada con el objetivo de obtener

mejoras en la salud de la población. En tercer lugar, al permitir libertad de elección entre los sistemas público y el recién creado sistema privado de ISAPRE, se eliminan en parte los subsidios cruzados³ como una fuente de financiamiento de la salud pública

A partir de 1990, el esfuerzo del gobierno se centró en la elevación del gasto de salud. La decisión de recuperar el sector público de salud se tradujo en medidas para mejorar el acceso de la población a la salud, impulsar la modernización de los hospitales y consultorios, corregir las inequidades y aumentar eficiencia. Para ello el plan contempló inversiones en obras físicas y equipos, apoyo al desarrollo institucional, reforzamiento y creación de programas dirigidos a los grupos más desprotegidos. Se dio prioridad a las áreas más deterioradas que eran las remuneraciones al personal de salud y la reparación de los equipos e infraestructura de prácticamente todos los establecimientos hospitalarios y reforzamiento de la atención primaria. Entre 1990 y 1995, el gasto tuvo un aumento real de 140% en el aporte fiscal el cual se financió gracias a la reforma tributaria.

En 1995, se publica la Ley N° 19.381 de reforma del sistema privado de salud que perfeccionó algunos derechos de los usuarios y reguló materias tales como nuevas atribuciones de la Superintendencia, la propiedad de los afiliados sobre los excedentes de la cotización legal respecto del plan de salud convenido, el reforzamiento del acceso de los usuarios a la información. En otras palabras, se reducen algunas restricciones al otorgamiento de beneficios, aumentando la flexibilidad para cambiarse de ISAPRE y normando el tema de los excedentes de cotización.

1.2. Reforma AUGE

Ya iniciada la década de 2000, en el año 2002, se inician los estudios que darán las bases para la reforma del sistema de salud del año 2004, inspirada en:

³ Con la eliminación de los subsidios cruzados desaparece el modelo de Solidaridad, en el cual los más ricos financiaban a los más pobres a través de las cotizaciones y los sanos financiaban a los enfermos por medio de la compensación de riesgos.

Derecho a la salud: la salud es un derecho de las personas. Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, así como tener condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.

Equidad en salud: la equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. Actualmente, la necesidad es reformar los dos modelos de atención que paulatinamente se han vuelto más notorios y que coexisten en la sociedad. La Reforma de salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y de acceso universal a las atenciones de salud.

Eficiencia: significa incentivos para controlar costos y por ende aprovechar mejor las economías de escala presentes en la industria. Para alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de recursos, es necesario hacer mejoras de gestión que involucren tanto la gestión de los recursos financieros como a los propios beneficiarios, en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios en salud. Esto permitirá

Participación social en salud: la participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales. Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como el uso eficiente de los recursos. Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto del sistema de salud y de las correspondientes políticas públicas.

Los objetivos de la Reforma que están directamente vinculados a los antecedentes que la originaron son:

- a) Favorecer la integración de los subsistemas público y privado bajo una lógica común que utilice como eje ordenador las reales necesidades y expectativas de sus usuarios.
- b) Mejorar el acceso a la salud a los grupos más desfavorecidos de la población, y también, acabar con la discriminación que afecta a mujeres, ancianos y niños.
- c) Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos al actual perfil bio-demográfico de la población (más envejecida y afectada de enfermedades crónicas y degenerativas), a las tecnologías disponibles y la evidencia científica.
- d) Aumentar la seguridad y confianza de las personas en el sistema de salud, explicitando sus derechos y deberes, abriendo canales de participación e incorporándolos activamente en su autocuidado.
- e) Modernizar la organización y gestión del sector público, en función de los nuevos desafíos: una autoridad sanitaria fuerte en sus potestades de conducción política y regulación; un FONASA responsable de garantizar⁴ a todos sus beneficiarios protección efectiva contra el riesgo de enfermar, y una red asistencial de alta calidad en lo técnico y en lo humano.

La implementación de la reforma en el sector de la salud llevó al desarrollo de una serie de instrumentos legales que modificaron la estructura del sistema de salud y su marco regulatorio. Todas estas modificaciones buscaron definir la fuente de financiamiento de la reforma, establecer una nueva Autoridad Sanitaria, plantear criterios de eficiencia y gestión del sistema de salud, establecer los derechos y deberes del paciente, definir un régimen de garantías en salud y modernizar la ley de ISAPRES. Las leyes que permitieron poner en marcha la Reforma de la Salud fueron las siguientes:

⁴ En la práctica no se han realizado grandes esfuerzos en materia regulatoria de prestadores, sino más bien se ha centrado por el lado del financiamiento argumentando que esto otorga mayor competencia y eficiencia en las prestaciones.

Ley de financiamiento (agosto 2003): esta ley asegura los recursos para la reforma, la cual incluyó un aumento del 1% del IVA para dicho fin.

Autoridad sanitaria y gestión (febrero 2004): se separan las funciones de prestación de servicios sanitarios y las de regulación del sistema del sector; se fortalece la autoridad sanitaria, se crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados, y se introducen cambios organizacionales bajo el concepto de hospitales autogestionados y de gestión en red.

Ley de Solvencia: incluye un régimen especial de supervigilancia y control de las instituciones previsionales de salud. Asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados. Se establece la nueva regulación de las Isapres con un componente denominado “Ley Corta”, orientado a sustentar la salud financiera del sistema, y un segundo componente, la “Ley Larga”, que incluye un Fondo de Compensación de Riesgo Inter-Isapres.

Régimen de garantías explícitas en salud (GES): Reforma de salud que se implementó desde el año 2005, la cual además garantiza “Acceso Universal”. Se crea un sistema de garantías explícitas en salud para el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías de carácter prioritario. A continuación se explican cada una de las garantías:

- a) **Garantía de Acceso:** se define legalmente como la obligación de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios, en la forma y condiciones que determine el decreto.
- b) **Garantía de Oportunidad:** se define como al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas.
- c) **Garantía de protección financiera:** pretende disminuir el gasto de bolsillo, y el impacto de éste sobre los hogares. Se hace fijando montos predeterminados a financiar por los usuarios.

d) **Garantía de Calidad:** se define como el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas⁵ por un prestador registrado o acreditado de acuerdo a la Ley de Autoridad Sanitaria, estableciendo tratamientos estandarizados y definidos según las patologías incluidas en el GES.

La idea es asegurar un nivel de calidad, con equidad, tanto con la calidad del prestador como con la calidad de la clínica. Lo anterior llevó a la Superintendencia de salud a generar un registro de prestadores individuales e Institucionales, la certificación de prestadores individuales, y la acreditación de prestadores institucionales.

Cuando el plan AUGE/GES comenzó en julio de 2005 cubría 25 enfermedades, y desde Julio de 2010 cubre 69 enfermedades. El Ministerio de Salud ha seleccionado las patologías de mayor complejidad que afectan a los beneficiarios del sistema de salud estatal y privado, las ha priorizado por ser las más frecuentes, graves y tratables, es decir, existen tratamientos efectivos para su manejo. A continuación se presenta en el Cuadro 1 la lista de las enfermedades cubiertas, la cual pasa a constituir el nomenclador nacional cuyo garante es el Estado.

Cuadro 1: Enfermedades cubiertas por AUGE/GES a la actualidad

1. Insuficiencia renal crónica terminal.	2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años.
3. Cáncer cervicouterino.	4. Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.
5. Infarto agudo del miocardio.	6. Diabetes Mellitus Tipo 1.
7. Diabetes Mellitus Tipo 2.	8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más.
9. Disrrafias espinales.	10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en menores de 25 años.
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas.	12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más, con artrosis de cadera con limitación funcional severa.
13. Fisura labiopalatina.	14. Cáncer en menores de 15

⁵ Escasa fiscalización en la calidad de las prestaciones, y también como ya mencionamos, fiscalización de prestadores.

	años.
15. Esquizofrenia.	16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más.
17. Linfomas en personas de 15 años y más.	18. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH/SIDA.
19. Infección respiratoria aguda (IRA) baja, de manejo ambulatorio en menores de 5 años.	20. Neumonía adquirida en la comunidad, de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más.	22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años.
23. Salud oral integral para niños de 6 años.	24. Prevención del parto prematuro.
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso.	26. Colectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años sintomáticos.
27. Cáncer gástrico.	28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más.
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más.	30. Estrabismo en menores de 9 años.
31. Retinopatía diabética.	32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático.
33. Hemofilia.	34. Depresión en personas de 15 años y más.
35. Tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas.	36. Ortesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más.	38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.
39. Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años.	40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.
41. Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, leve o moderada	42. Hemorragia Subaracnoidea Secundaria o ruptura de Aneurismas Cerebrales
43. Tratamiento Quirúrgico de Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más	44. Tratamiento Quirúrgico de Hernia del Núcleo Pulposo Lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años o más	46. Urgencia Odontológica Ambulatoria
47. Salud Oral Integral del Adulto de 60 años	48. Politraumatizado grave
49. Atención de Urgencia del Traumatismo Cráneo encefálico moderado o grave	50. Trauma Ocular grave

51. Fibrosis Quística	52. Artritis Reumatoide en personas de 15 años o más
53. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en personas menores de 20 años	54. Analgesia del Parto
55. Gran Quemado	56. Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono

Patologías que se incluyen a partir de Julio de 2010:

57. Retinopatía del Prematuro	58. Displasia Broncopulmonar del Prematuro
59. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral del Prematuro	60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma Bronquial en personas de 15 años y más	62. Enfermedad de Parkinson
63. Artritis Idiopática Juvenil	64. Prevención Secundaria Insuficiencia Renal Crónica Terminal
65. Displasia Luxante de Caderas	66. Salud Oral Integral de la Embarazada
67. Esclerosis Múltiple Recurrente Remitente	68. Hepatitis B
69. Hepatitis C	

Todo problema de salud que no se encuentre dentro de los ya indicados, o prestaciones que no están garantizadas en el arancel AUGE/GES, tendrán una cobertura normal según el plan de salud complementario en el prestador que definió el beneficiario, por otro lado se podrá acceder a solicitar la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), si se opta por atender en el prestador de Red asignado, salvo las prestaciones no cubiertas y señaladas en las condiciones particulares de la cobertura adicional para enfermedades catastróficas. De acuerdo a información publicada por la Superintendencia de Salud, las prestaciones ocurridas vía CAEC, desde julio de 2000 hasta marzo de 2006 asciende a 24.443, y la participación del gasto CAEC en los ingresos operacionales del sistema ISAPRE corresponde a 1,8%, pero al incluir también la cobertura del plan (Plan + CAEC), se eleva a un 4,1%.

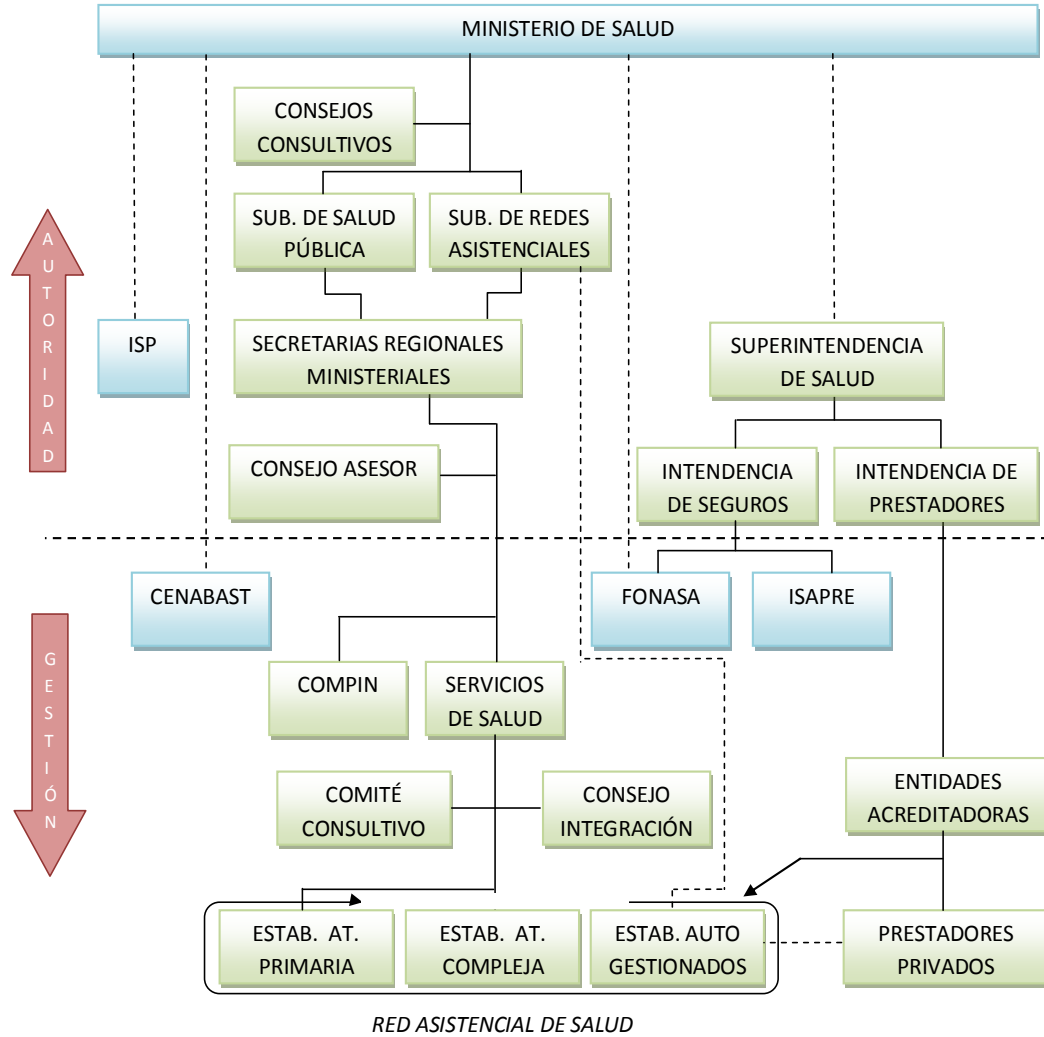
Ley de Derechos y Deberes de los usuarios: explicita y regula los derechos que tienen las personas durante su atención de salud, y los mecanismos para hacer

que éstas se cumplan. También garantiza un trato digno y sin discriminaciones, y entrega responsabilidades de protección a los pacientes. Junto con ello, regula aspectos como el consentimiento informado.

Todas estas reformas y cambios estructurales acontecidos durante las últimas 4 décadas han permitido que el sistema de salud chileno haya evolucionado desde un sistema fundamentalmente público hacia uno de carácter mixto, con un importante componente público y uno privado. Para finalizar esta sección se presenta la Figura 1 en el cual se describe la organización del sistema de salud como funciona en la actualidad. El principal tema a destacar es la creación de dos subsecretarías (de Salud Pública y de Redes Asistenciales), la cual le permite al ministerio cumplir con las nuevas tareas que tiene a partir de la implementación del Plan AUGE. El segundo tema a destacar es la transformación de la Superintendencia de ISAPREs en Superintendencia de Salud, la cual tiene como tarea la fiscalización tanto de ISAPREs como de FONASA, y el cumplimiento de las garantías establecidas. Estas tareas se han visto fortalecidas a partir de la instauración de esta nueva institucionalidad, ya que ahora la amplitud de fiscalización ha aumentado, es decir, hay más instituciones, tareas, políticas, objetivos que fiscalizar, aunque no se debe desconocer que no ha sido especialmente activo este rol.

Por último, la reforma impuso un nomenclador de enfermedades no existente hasta entonces, el cual corresponde a las enfermedades GES, las cuales tiene la particularidad de ser garantizadas (4 criterios) en base a una promesa constitucional y las cuales se han ido ampliando en base a decretos, aumentado de 25 en 2005, a 69 en 2011.

Figura 1: Institucionalidad del Sistema de Salud en Chile

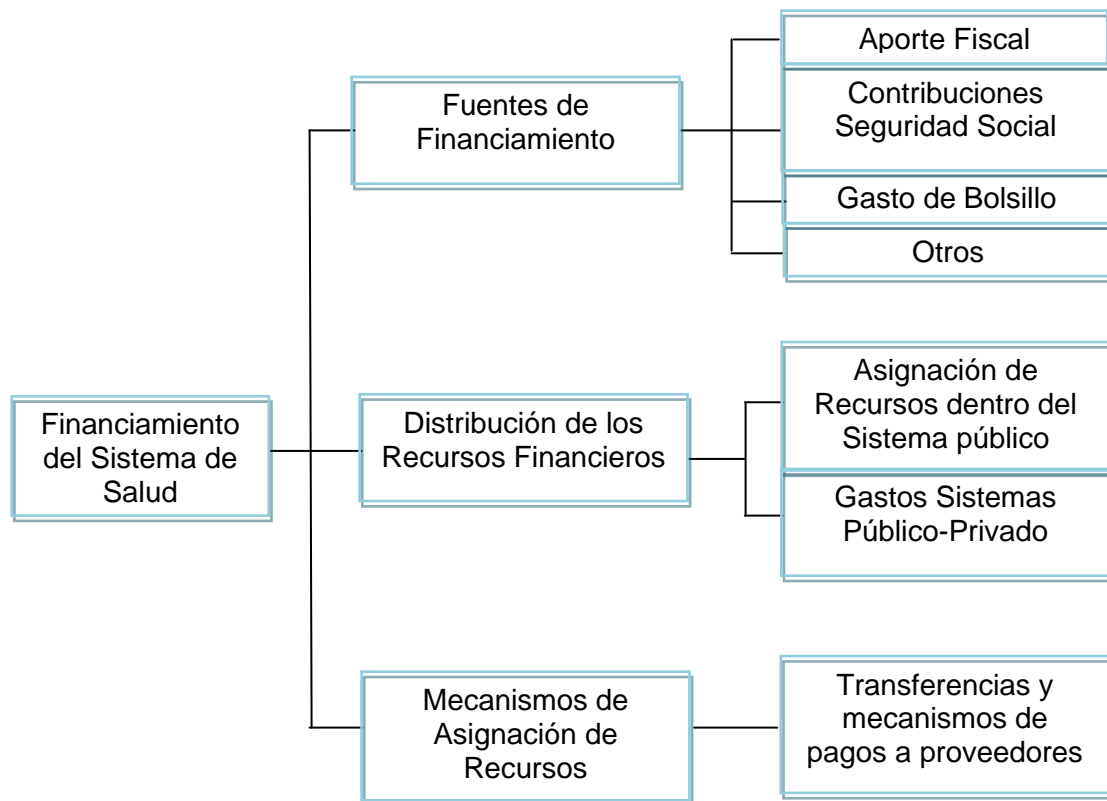


Fuente: "El Sistema de Salud Chileno Reformado", Juan Giaconi, Universidad Mayor (2005)

2. Financiamiento de la Salud en Chile

El financiamiento de los sistemas de salud se compone de al menos 3 niveles: las fuentes de los aportes y recursos totales del sistema de salud, la distribución o macro asignación de los recursos dentro del sistema y finalmente la micro asignación o transferencias mecanismos de pago a los proveedores de los servicios. A su vez cada uno de los niveles tiene diferentes componentes de acuerdo a las características de los distintos tipos de sistemas de salud, como se muestra en la Figura 2:

Figura 2: Financiamiento del Sistema de Salud en Chile.



Fuente: "Monitoreo y seguimiento de la reforma", Superintendencia de Salud (2006).

En el caso chileno existen 2 sistemas de aseguramientos que son los encargados de recaudar las cotizaciones de sus afiliados FONASA e ISAPRE; la Cotización Obligatoria y corresponde a un 7% de su renta imponible, en el caso del sistema privado ISAPRE se pueden aumentar a través de una Cotización Voluntaria Adicional, del Aporte de los Empleadores y también a través de los Ingresos del Fondo de Compensación. Este seguro privado entrega bonificaciones que cambian de acuerdo al tipo de prestación y en la mayoría de los casos tiene asociado un copago⁶. En el caso de FONASA, el seguro público, existe la Cotización Obligatoria del 7% y además incluye a los indigentes que no cotizan, ante lo cual se generan 4 tipos de planes (A, B, C y D) de acuerdo al monto de la cotización. Los dos primeros planes se atienden principalmente en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), es decir en la red Institucional de Salud sin copago; y en los últimos planes tres se puede acceder a la Modalidad Libre Elección (MLE) mediante Copago.

En relación al financiamiento⁷ de los prestadores se puede hacer la distinción entre el sector público y privado. En el primer caso, se realizan transferencias desde FONASA, Aporte Fiscal directo y recursos de las municipalidades, esto se puede hacer mediante diferentes mecanismos de pago:

- a) Presupuesto global: pago total fijado con anticipación para cubrir un período determinado.
- b) Presupuesto por partida: se asigna de acuerdo a categorías específicas.
- c) Pago per cápita: el pago se realiza de forma prospectiva por cada individuo inscrito con ese proveedor
- d) Pago por caso específico: dada cierta clasificación de pacientes se realiza un pago fijo al prestador por cada caso. Conocido también como Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)
- e) Pago por acción prestada: el pago se realiza una vez que la acción tuvo lugar (Vergara & Martínez, 2006)

⁶ El copago constituye parte del gasto de bolsillo. En estudios chilenos, el gasto de bolsillo corresponde al menos a un tercio de los recursos gastados.

⁷ Para más detalle de las fuentes de financiamiento de los seguros: FONASA e ISAPRE revisar Anexo tabla 20 y 21.

Cada uno de los mecanismos de pago está diseñado según el riesgo presente en las prestaciones de salud relacionadas a cada uno de ellos

En el caso del sector privado, se financia mediante bonificaciones pagadas por las ISAPRE y FONASA de acuerdo a las prestaciones entregadas, los copagos de los usuarios y transferencias desde FONASA por la compra directa de prestaciones (caso diálisis, exámenes específicos, etc.).

2.1. Sistema de Cuentas de Salud para Chile 2000 y 2009

Si se desea conocer cuánto y en qué se gasta en Chile en el sector salud, podemos recurrir a una serie de metodologías que se han desarrollado al alero de centros de investigación universitarios, y de organizaciones internacionales, como OMS, OCDE y Harvard. Estas metodologías se desarrollan bajo principios contables, sistematizados y comparables entre países, y buscan determinar las fuentes de financiamiento, cotizaciones de los trabajadores, aportes directos del estado, entre otros; y los usos que tienen estos recursos, como por ejemplo en establecimientos hospitalarios o atenciones ambulatorias. Para la construcción de las Cuentas de Salud que se presentan a continuación se siguieron las recomendaciones de la Organización Panamericana de Salud para la elaboración de un Sistema de Cuentas de Salud y el trabajo desarrollado por FONASA en el documento “Cuentas de Salud en Chile” de septiembre de 2004.⁸

En el caso de Chile se pueden identificar como fuentes de financiamiento⁹ dos macro divisiones como lo es el sector público y el sector privado, las cuales pasan a agentes como FONASA e ISAPREs, pero además de identifica el aporte fiscal, el aporte de las municipalidades, aporte voluntario de los cotizantes, y el gasto de bolsillo (incluye personas que no pertenecen a ningún sistema de salud, gasto en medicamentos y copago de las prestaciones). En relación a los usos¹⁰, este se divide

⁸ Para conocer las tres metodologías más usadas revisar el Anexo del capítulo.

⁹ Clasificadas en la parte superior de los cuadros (horizontal)

¹⁰ Clasificadas en el costado izquierdo de los cuadros (vertical)

en prestadores públicos (establecimientos del SNSS, establecimientos de atención primaria y hospitales de las Fuerzas Armadas y de Orden), prestadores privados (Hospitales, Clínicas y Profesionales; y Mutuales), gasto en administración (FONASA, ISAPRE y Mutuales), autoridad sanitaria (suma de los gastos de las subsecretarías de salud y de redes asistenciales, incluyendo inversión sectorial; superintendencia de salud) y gasto en medicamentos (Gasto público y Gasto Privado) y no asignados (tiene relación con las utilidades, cápita, programas de financiamientos al PNUD, y gastos no operacionales, entre otros)¹¹.

A continuación se presentan los cuadros de las cuentas de salud para el año 2000 y para el año 2009.

¹¹ El detalle de cada uno de los cálculos se encuentra en el Anexo Metodológico para la Construcción de las Cuentas de Salud.

CUENTAS NACIONALES DE SALUD 2000 (millones de pesos corrientes)

PRESTADORES	SECTOR PUBLICO						SECTOR PRIVADO				TOTAL	Porcentaje del Gasto total		
	DIRECTO		COTIZACIONES OBLIGATORIAS				GASTOS DE BOLSILLO							
	Aporte fiscal	Aporte municipal (fondos propios)	Fonasa	Mutuales	Isapres	Cotizacion voluntaria Isapres	copagos prestaciones	copagos en medicam.	otros directo					
PUBLICO														
Establecimientos SNSS	882.734	34.920	203.761							89.694			1.215.101	31,0%
APS Municipal	715.850		203.585							89.694			1.009.129	25,7%
ISP	105.345	34.920											140.265	3,6%
Hospitales FFAA y Orden	2.283		176									3.993	6.452	0,2%
	59.256												59.256	1,5%
PRIVADO														
Hosp. Clínicas y Profesionales			167.392	109.366	319.404	104.403				228.171			1.771.760	45,1%
Mutuales			167.392	109.366	319.404	104.403				228.171			1.662.394	42,3%
				109.366									109.366	2,8%
ADMINISTRACION														
Fonasa			12.583	14.188	89.235	29.168							145.174	3,7%
Isapres			12.583										12.583	0,3%
Mutuales				14.188	89.235	29.168							118.403	3,0%
													14.188	0,4%
AUTORIDAD SANITARIA														
	108.136											392	108.528	2,8%
FARMACIA														
Gasto público	166.468											499.403	665.871	17,0%
Gasto privado	166.468											499.403	166.468	4,2%
NO ASIGNADOS														
				4.685	14.646	4.787							24.119	0,6%
TOTAL	1.157.338	34.920	383.736	123.554	423.285	138.358				317.865	499.403	847.409	3.925.868	
	29,5%	0,9%	9,8%	3,1%	10,8%	3,5%				8,1%	12,7%	21,6%		
		30,4%			27,2%						42,4%		100%	
USD mill													7.285	
Salud/PIB													9,7%	
PIB													\$ 40.679.938	

CUENTAS NACIONALES DE SALUD 2009 (millones de pesos corrientes)

PRESTADORES	FINANCIAMIENTO											Porcentaje del Gasto del Gasto total
	SECTOR PUBLICO					SECTOR PRIVADO					TOTAL	
	DIRECTO		COTIZACIONES OBLIGATORIAS			GASTOS DE BOL-SILLO			TOTAL			
Aporte fiscal	Aporte municipal (fondos propios)	Fonasa	Mutuales	Isapres	Cotizacion voluntaria Isapres	copagos prestaciones	copagos en medicam.	otros directo		TOTAL	Porcentaje del Gasto del Gasto total	
PUBLICO	1.827.988	66.488	661.721				104.909		9.170	2.670.277	34,8%	
Establecimientos SINSS	1.201.143		661.480				104.909			1.967.532	25,7%	
APS Municipal	487.151	66.488								553.639	7,2%	
ISP	7.369		242						9.170	16.781	0,2%	
Hospitales FFAA y Orden	132.325									132.325	1,7%	
PRIVADO			324.066	204.192	602.494	280.151	462.435		1.407.252	3.280.589	42,8%	
Hosp. Clinicas y Profesionales			324.066		602.494	280.151	462.435		1.407.252	3.076.397	40,1%	
Mutuales				204.192						204.192	2,7%	
ADMINISTRACION			37.564	33.762	106.551	49.545				227.422	3,0%	
Fonasa			37.564							37.564	0,5%	
Isapres					106.551	49.545				156.096	2,0%	
Mutuales				33.762						33.762	0,4%	
AUTORIDAD SANITARIA	338.731								2.324	341.055	4,4%	
FARMACIA	283.727						851.182			1.134.909	14,8%	
Gasto público	283.727									283.727	3,7%	
Gasto privado							851.182			851.182	11,1%	
NO ASIGNADOS				6.181	6.471	3.009				15.661	0,2%	
TOTAL	2.450.446	66.488	1.023.351	244.135	715.516	332.704	567.344	851.182	1.418.747	7.669.912		
	31,9%	0,9%	13,3%	3,2%	9,3%	4,3%	7,4%	11,1%	18,5%	100%		
		32,8%			30,2%			37,0%				
USD milli										13.704		
Salud/PIB										8,5%		
PIB										\$ 90.219.527		

2.1.1. Fuentes de Financiamiento

Se puede observar de la Tabla 4: Estadísticas Económicas Básicas de las Cuentas de Salud, que en relación con las fuentes de financiación en el caso chileno, más del 50% de los recursos es gasto público, aumentando en más de 4% a lo largo de la década.

Analizando los componentes y su relación con el gasto total, el aporte público directo ha representado alrededor de un tercio de las fuentes de los recursos para salud, proviniendo casi en un 100% del aporte fiscal. El aporte público indirecto, que es la suma de las cotizaciones de salud obligatorias, representa un 23,7% (9,8% FONASA, 3,1% Mutuales, y 10,8% cotizaciones obligatorias ISAPREs) de las fuentes del ingreso para el gasto en salud del año 2000, aumentando a un 25,9% (13,3% FONASA, 3,2% Mutuales, y 9,3% cotizaciones obligatorias ISAPREs) para el año 2009. A principios de la década la mayoría de las cotizaciones provenían de los seguros privados, situación que se revierte a fines de ella, teniendo mayor peso las cotizaciones de FONASA, que representan un 13,3% del total del gasto al año 2009 y un 51,2% del aporte público indirecto. Este hecho indicaría el traslado de los cotizantes del seguro privado al seguro público, además del ingreso de nuevos cotizantes al sistema público, lo que se podría explicar por la instauración de la salud como un derecho, después de la entrada en vigencia del AUGE/GES

En relación con el origen de las fuentes de financiamiento de los privados en salud incluye una parte de las cotizaciones del seguro privado, que dice relación con las cotizaciones voluntarias (permiten el acceso a planes de salud con mayor cobertura) y el total del gasto de bolsillo en salud que incurren los beneficiarios. A lo largo de la década la participación del gasto privado ha disminuido en unos 4 puntos porcentuales, el cual se puede entender por el mayor peso del aporte fiscal y de las cotizaciones de FONASA. El único componente que aumenta su participación son las cotizaciones voluntarias, de un 3,5% en el año 2000 a un 4,3% en el año 2009. El gasto de bolsillo en total, cae en su participación desde un 42,4% en el año 2000 a un 37% en el año 2009, en relación con el gasto total. La diferencia se debió a la

disminución de la participación del copago en medicamento y en otros gastos en relación con el gasto total. Lo anterior se entiende, debido a la mayor cobertura en atención y en la entrega de medicamentos después de la puesta en marcha del AUGE/GES.

Si hacemos el análisis sólo desde el punto de vista de las cifras se registraron importantes aumentos reales en las mismas fuentes de financiamiento. Las principales variaciones fueron las cotizaciones provenientes de FONASA (101,6%) debido al gran aumento en el número de beneficiarios (gráfico en capítulo 2), de las cotizaciones voluntarias de ISAPREs (81,8%) tras lo cual se evidenciaría que los beneficiarios de este sistema están pagando una mayor prima para acceder a una mayor cobertura y no quedarse con el plan más básico ofertado por la aseguradora; y el Aporte Fiscal (60,1%) lo que significa los mayores esfuerzos del estado por inyectar recursos en el sector, los cuales provienen directamente de las arcas fiscales. En relación con el gasto de bolsillo (Copago en prestaciones, medicamentos y otros directo) este creció en un 28,8% entre 2000-2009. (Ver tabla 2)

Tabla 2: Variación de las Fuentes de Financiamiento (millones de pesos de 2009)

	Año 2000	Año 2009	Variacion
Aporte fiscal	\$ 1.531.029	\$ 2.450.446	60,1%
Aporte municipal (fondos propios)	\$ 46.195	\$ 66.488	43,9%
Fonasa	\$ 507.640	\$ 1.023.351	101,6%
Mutuales	\$ 163.448	\$ 244.135	49,4%
Isapres	\$ 559.959	\$ 715.516	27,8%
Cotizacion voluntaria Isapres	\$ 183.032	\$ 332.704	81,8%
Copagos prestaciones	\$ 420.500	\$ 567.344	34,9%
Copagos en medicamentos	\$ 660.655	\$ 851.182	28,8%
Otros Directo	\$ 1.121.027	\$ 1.418.747	26,6%

Fuente: Elaboración Propia

2.1.2. Usos

Público: El sector público adquiere un mayor peso en el gasto, pasando de un 31% en el año 2000 a un 34,8% en el año 2009. El gasto en establecimientos del SNSS se han mantenido constante a lo largo de la década, y han sido los consultorios y postas, como establecimientos de atención primaria en los cuales ha aumentado su participación en el gasto, desde un 3,6% en 2000 a un 7,2%, esto se explica por el aumento de recursos por parte del Estado para el fortalecimiento de la atención primaria, a nivel de infraestructura y disponibilidad de recursos humanos en la atención médica y en el número de prestaciones¹², lo que se complementa con el aumento de los beneficiarios del seguro público.

Los hospitales de las FFAA y de orden mantienen su participación durante la década

Privado: El gasto en prestadores privados de salud disminuye desde un 45,1% en 2000 a un 42,8% en 2009, la cual se explica por una disminución en el gasto en prestadores privados como Clínicas, consultas médicas y otras atenciones profesionales, la disminución de la participación del gasto total es cercana a dos puntos porcentuales. El gasto en atención en mutuales se mantiene a lo largo del tiempo.

Administración: El gasto en este ítem no presenta grandes variaciones, pero disminuye un 0,7% en la participación, el cual se explica por la disminución en los costos de administración y ventas de las ISAPRES, en un 1% para el periodo, mientras que los costos de FONASA aumenta sólo un 0,2%, el cual se entiende por el aumento de beneficiarios. En el caso de los costos de ISAPRES, este se puede deber no sólo a una disminución en sus beneficiarios, sino que también en la disminución en el número de ISAPRES, por lo cual los gastos en publicidad pudieron haber tendido a la baja. Las mutuales de seguridad mantienen sus costos de administración constantes.

Autoridad Sanitaria: El gasto en este ítem casi se duplica entre 2000 y 2009, pasando a representar un 2,8% del gasto en salud en 2000 a un 4,4% del gasto en

¹² Revisar Capítulo II, parte 2.

salud en 2009. Se entiende el aumento debido a la transformación de la superintendencia de ISAPREs en superintendencia de salud, y en la separación de la subsecretaría en dos, la de redes asistenciales, con la cual ha aumentado la inversión sectorial; y la de salud pública.

Farmacia: El gasto en farmacia disminuye desde un 17% en el año 2000 a un 14,8% en el año 2009, cayendo tanto la participación del gasto público como la participación del gasto privado en este ítem.

Analizando los cambios del gasto real en los diferentes usos desde el punto de vista de los montos (Ver Tabla 3), los ítems que más aumentaron fueron: Atención Primaria de Salud, en un 198,4% el cual se explica debido a la instauración del Programa de Atención Primaria; el gasto en las organizaciones que forman parte de la Autoridad Sanitaria, en un 137,6% debido al cambio estructural de la institucionalidad del sector salud el que se concreto con la creación de dos nuevas Subsecretarías y la transformación de la Superintendencia de ISAPRE en la Superintendencia de Salud; el gasto en administración de FONASA en un 125,7%, y los fondos que recibió el ISP, que aumentó un 96,6%. Esto se puede entender por el mayor rol que ha tenido la fiscalización y acreditación en el sistema de salud; por el crecimiento de las obligaciones de FONASA con sus beneficiarios, y por la preocupación de la autoridad por aumentar los puntos de atención (consultorios, postas, y Centros de Diagnóstico) para garantizar acceso.

En relación con los gastos asociados al sector privado, el gasto aumentó un 40%, y mientras que las ISAPREs disminuyeron muy levemente sus gastos de administración.

La única disminución ocurre en el ítem No Asignados que está relacionado con programas de apoyo que no se encuentran vigentes o a ítems que gasto que no son relevantes dentro del gasto en salud.

Tabla 3: Variación en los Usos de los recursos de salud (millones de pesos de 2009)

	Año 2000	Año 2009	Variación
PUBLICO	\$ 1.607.443	\$ 2.670.277	66,1%
Establecimientos SNSS	\$ 1.334.965	\$ 1.967.532	47,4%
APS Municipal	\$ 185.555	\$ 553.639	198,4%
ISP	\$ 8.535	\$ 16.781	96,6%
Hospitales FFAA y Orden	\$ 78.389	\$ 132.325	68,8%
PRIVADO	\$ 2.343.840	\$ 3.280.589	40,0%
Hosp, Clínicas y Profesionales	\$ 2.199.161	\$ 3.076.397	39,9%
Mutuales	\$ 144.679	\$ 204.192	41,1%
ADMINISTRACION	\$ 192.049	\$ 227.422	18,4%
Fonasa	\$ 16.646	\$ 37.564	125,7%
Isapres	\$ 156.634	\$ 156.096	-0,3%
Mutuales	\$ 18.769	\$ 33.762	79,9%
AUTORIDAD SANITARIA	\$ 143.571	\$ 341.055	137,6%
FARMACIA	\$ 880.873	\$ 1.134.909	28,8%
Gasto público	\$ 220.218	\$ 283.727	28,8%
Gasto privado	\$ 660.655	\$ 851.182	28,8%
NO ASIGNADOS	\$ 31.906	\$ 15.661	-50,9%

Fuente: Elaboración Propia

2.1.3. Participación del Gasto en Salud como Porcentaje del PIB

Después de desarrollar las cuentas de salud para Chile en los años 2000 y 2009, vemos que el peso del sector se ha reducido, pasando de un 9,7% a un 8,5% como porcentaje del PIB. Y el gasto en salud aumenta un 48% durante la década.

En relación al gasto per cápita, en el año 2000 se gastaron \$337.283 (a pesos de diciembre de 2009) por persona, mientras que en el año 2009 este monto asciende a \$453.067. El crecimiento en el gasto en salud por persona es 34,3%.

Ahora bien, si medimos en dólares el gasto en salud, en el año 2000 se gastaron \$908 dólares PPP per cápita, mientras que en el año 2009 se gastaron \$1220 dólares PPP per cápita, registrando un aumento real de 34,4%.

Tabla 4: Estadísticas económicas básicas de las Cuentas de Salud

	2000	2009
GASTO PÚBLICO EN SALUD	54,1%	58,7%
<i>APORTE PÚBLICO DIRECTO</i>	30,4%	32,8%
Aporte Fiscal	29,5%	31,9%
Aporte Municipal	0,9%	0,9%
<i>APORTE PÚBLICO INDIRECTO O COTIZACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL</i>	23,7%	25,9%
Cotizaciones al Seguro Público	9,8%	13,3%
Cotizaciones al Seguro Privado	13,9%	12,5%
GASTO PRIVADO EN SALUD	45,9%	41,3%
<i>COTIZACIONES VOLUNTARIAS</i>	3,5%	4,3%
<i>GASTO DE BOLSILLO</i>	42,4%	37,0%
Copagos y Prestaciones Privadas	8,1%	7,4%
Medicamentos	12,7%	11,1%
Otros Gastos	21,6%	18,5%
TOTAL SALUD/PIB	9,7%	8,5%
TOTAL SALUD EN MILL DE USD CORRIENTES	7.285	13.704
TOTAL SALUD EN MILL DE USD A PESOS DE DIC 2009	7.567	13.704
TOTAL SALUD EN MILL DE USD PPP	13.986	20.646
TOTAL SALUD PER CÁPITA EN PESOS CORRIENTES	254.963	453.067
TOTAL SALUD PER CÁPITA EN PESOS DE DIC 2009	337.283	453.067
TOTAL SALUD PER CÁPITA EN USD CORRIENTES	473	810
TOTAL SALUD PER CÁPITA EN USD PPP	908	1.220

Fuente: Elaboración Propia

En conclusión, se observa un aumento del gasto a niveles totales y también a nivel per cápita, pero no como porcentaje del Producto Interno Bruto, porque el crecimiento del producto ha sido mayor que el crecimiento en el gasto en salud. Dentro del aumento en gasto es importante recalcar la posición que toma el aporte fiscal como fuente de financiamiento y también el mayor gasto en atención primaria, la cual se

debería ver reflejada en acceso a atención de salud y en prestaciones médicas relacionadas. Mientras que de las cifras de cotizaciones, por medio del aumento de recursos provenientes de las cotizaciones de FONASA y la disminución de las mismas por parte de los cotizantes de ISAPREs, se podría esperar que se experimentó un traslado de los cotizantes desde ISAPREs hacia FONASA.

Analizando un aspecto específico del gasto como el gasto en medicamentos, observamos que si bien ha perdido participación en el gasto total, no ha disminuido en el gasto, creciendo al mismo ritmo que el gasto de bolsillo, de acuerdo con la metodología aplicada.

Resultaría interesante, además, hacer comparaciones con países de la región y de la OCDE, pero para ello se necesitarían países que aplicaran la misma metodología para el mismo periodo, por lo que hemos decidido no hacerlo.

CAPITULO II: ORGANIZACIÓN INDUSTRIAL DEL SECTOR SALUD EN CHILE

1. Industria Farmacéutica

En este apartado nos basaremos en el trabajo de Carlos Vasallo para el Ministerio de Salud, “El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica”, el cual hace una descripción de qué es lo que pasa en la industria farmacéutica en Chile, principalmente después del escándalo de la colusión entre las tres principales cadenas de farmacias.

1.1. Características Generales de la Industria Farmacéutica

1.1.1. Marco teórico y legislación relacionada

El mercado de la industria farmacéutica no tiene las clásicas características de un mercado competitivo, existiendo varias fallas de mercado. La primera se debe a que para la creación de nuevos productos en este mercado se desarrollan procesos de investigación y desarrollo dentro de los laboratorios, los cuales pueden querer ser sujetos a derechos de propiedad intelectual para recuperar la inversión del proceso de I&D. A los creadores, en este caso a los laboratorios, se les suele dar derechos exclusivos sobre la utilización de su obra por un plazo determinado, los que se pueden dividir en: i) Derecho de autor y derechos con él relacionados y ii) Propiedad industrial, donde se busca estimular la innovación, la invención y la creación de tecnología con protecciones como las patentes. En este último punto es relevante, debido a que al establecer una patente a un medicamento, lo que se hace es que sólo quienes tengan dicho documento o permiso pueden producir el producto, generándose un monopolio en la producción, afectando el precio del mismo.

La investigación y desarrollo lo que genera es una innovación en el mercado, si nos detenemos en la innovación a nivel de producto, esta puede ser de los siguientes tipos: un nuevo principio activo, o un producto similar (mismo principio activo, con cambio de nombre); combinaciones de principios activos conocidos, y nuevas presentaciones de producto (de producto en pastillas a producto en jarabe, por ejemplo). Europa, Estados Unidos y Japón son los países que registran mayor avance en desarrollos de nuevos principios activos, mientras que, en el caso de América Latina no se encuentran los recursos necesarios, en términos de financiamiento y de recursos humanos, como veremos más adelante.

Chile desde 1990 que tiene leyes de propiedad intelectual e industrial, pero es a partir de la firma del Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos que la legislación en esta área se ha vuelto más fuerte en términos de cumplimiento de patentes de medicamento. Lo que brinda la legislación nacional es protección a una patente durante 20 años a partir del momento en que se inicia la investigación, periodo después del cual expira dicha patente, terminando el periodo de comercialización exclusiva, pasando a ser una invención de dominio público, denominándose “patente liberada”, momento en el cual el principio activo puede ser fabricado por otros laboratorios y distribuido con su nombre genérico. Lo anteriormente descrito se conoce como acuerdos de propiedad intelectual (ADPICs). En su versión *plus*, los ADPICs buscan mayor protección de los derechos de propiedad, en el caso de las patentes, no sólo mediante una legislación de protección de los derechos establecidos, sino que también hace uso de la reducción del alcance o efectividad de las limitaciones de los derechos y excepciones. Por lo anterior para los países emergentes se hace más difícil cumplir con la legislación, lo cual aplicado a la industria farmacéutica, lleva a fortalecer la posición de los países que cuentan con altos índices de lanzamientos de nuevas patentes y lleva a los países con industrias farmacéuticas menos desarrolladas a más dificultades en la producción, y a la población a comprar medicamentos a precios más altos.

Un efecto directo de la existencia de patentes en un mercado es que éste se concentre, debido a que los recursos necesarios para generar I&D son altos, y por las

ganancias que tienen, por parte de los productores o de los distribuidores, al comenzar a desarrollar economías de escala e integración vertical, desde la producción a la venta directa al cliente.

Una tercera falla que ocurre en este mercado es la información que tiene la persona que consulta a un médico de los tratamientos y medicamentos existentes en el mercado para tratar la dolencia. Si bien existe asimetría de información entre médico-paciente, el primero, además puede estar capturado por cierto laboratorio, mediante el otorgamiento de beneficios por recetar tal o cual medicamento. Este mismo comportamiento se da entre los dependientes de las farmacias y los dueños de éstas. Lo anterior lleva a que, por un problema de asimetría de información, el paciente genere un mayor gasto que el necesario, o automedicación¹³. A lo anterior se le puede sumar el agente “publicidad directa al consumidor”, la que busca provocar el consumo de cierto tipo de medicamentos, por lo general los de venta libre.

1.1.2. Posicionamiento de la industria farmacéutica nacional

En el escenario internacional de la industria farmacéutica se pueden identificar cuatro estadios de evolución de las empresas. El primero dice relación con las empresas que desarrollan investigación, resultando nuevas moléculas, estando constantemente a la vanguardia del conocimiento en materia de fármacos, además de tener una industria relacionada fuertemente desarrollada. Los países que se encuentran en este estadio son Estados Unidos y algunos países de Europa, también Japón aunque entró más tarde a este estadio. Un segundo estadio se observa en las empresas que tienen la capacidad de producción de drogas activas que llevan a la fabricación del producto final “medicamento” y no cuentan con una integración entre las industrias relacionadas, el mejor ejemplo es Argentina. El tercer estadio se puede identificar por la capacidad de formulación de medicamentos, pero no medicamentos sofisticados, ni tampoco de principios activos. Finalmente el cuarto estadio se refiere a los países en los que no existe producción de medicamentos, dependiendo de la importación de productos finales para el abastecimiento nacional. (CEPAL, 1987)

¹³ Principalmente en el caso en que el paciente acude a la farmacia y es el dependiente quien recomienda un medicamento, sin conocer todos los síntomas del paciente y los efectos del medicamento.

En el caso de la industria chilena, en el marco del desarrollo basado en la sustitución de importaciones se produjo la importación de los principios activos para la fabricación nacional de medicamentos liderado por Laboratorios Chile. Es decir el país se encontraba en el tercer estadio de la industria.

Pero en la medida que el país se fue abriendo al comercio internacional, aumentó la presencia de medicamentos desarrollados por laboratorios de países pertenecientes al primer estadio de desarrollo, además de grandes laboratorios que comenzaron a competir y/o adquirir laboratorios nacionales.

Adicionalmente se observan tres corrientes, dos mundiales: mayor desarrollo de tecnologías en la industria y de ciencias como la biotecnología; y los mayores costos de creación de innovaciones farmacéuticas; y una nacional al aumentar el número de profesionales ligados a la industria farmacéutica, como químicos farmacéuticos, bioquímicos y biotecnólogos, que ha permitido la adaptación y creación de los nuevos conocimientos en la industria local.

Los nuevos conocimientos se han traducido en la incipiente instalación de plantas de elaboración de principios activos, de mejoras en el proceso de fabricación y de fabricación de nuevos medicamentos. El mejor ejemplo de este cambio es Recalcine¹⁴, que no sólo se ha expandido internacionalmente, siendo hoy una corporación farmacéutica presente en 16 países de Latinoamérica y con una alianza estratégica con una empresa de Vietnam, sino que también desarrolla investigación en nuevos productos, estudios de bioequivalencia, terapias de biotecnología, entre otros. En relación con su infraestructura, Recalcine hoy cuenta con un complejo farmacéutico de más de 40.000 m², que contempla 8 plantas de fabricación de diversos productos (líquidos, sólidos orales, hormonas, cremas e inyectables), los que cumplen con los más altos niveles de control y calidad (GMP).

¹⁴ www.recalcine.cl

Por lo tanto, podemos plantear que la industria farmacéutica nacional está transitando de ser un simple importador de principios activos y fabricar con tecnología copiada, a ser laboratorios que cumplen con estándares internacionales que se comienzan a integrar verticalmente, pero que aún no cuentan con el tamaño de mercado y recursos para la creación de un nuevo principio activo.

1.1.3. Tipos de medicamentos

Existen diferentes tipos de medicamentos, una clasificación se hace según la forma en que se pueden adquirir, es decir, si necesitan receta o no; la otra clasificación dice relación con el nombre del medicamento y si está sujeto a una patente farmacéutica o no.

De acuerdo con el primer criterio los medicamentos se pueden clasificar como:

- a) Medicamentos de venta libre (OTC, por su sigla en inglés): son aquellos que son comprados directamente por el paciente, sin la intervención de financiadores, por lo cual aquí la dinámica es semejante a la de un mercado competitivo.
- b) Medicamentos éticos (o de venta bajo receta): que a su vez pueden dividirse en: i) medicamentos éticos sin archivar receta, como por ejemplo las estatinas, y ii) medicamentos éticos con archivo de receta, como por ejemplo los psicotrópicos. En este submercado, a los actores clásicos de todo mercado, oferentes y consumidores, se suman los agentes encargados del financiamiento y los agentes encargados de la prescripción.
- c) Medicamentos de internación: son aquellos que habitualmente son adquiridos en forma directa por hospitales y consultorios.

De acuerdo con el segundo criterio los medicamentos se pueden clasificar como:

- a) Genéricos: medicamentos que se comercializan con el nombre del principio activo que contienen. Generalmente se producen cuando la patente de dicho principio activo ya expiró.
- b) Similares: medicamentos copia de uno con carácter de innovador, que son fabricados por una marca en particular que garantiza la calidad y eficacia.
- c) Marca (patentados): medicamentos que tienen patentes vigentes para la producción y comercialización del principio activo.

1.2. Laboratorios

Los laboratorios son las empresas encargadas de la fabricación de medicamentos y también del desarrollo de investigación para la creación de nuevos medicamentos.

En el país existen 72 laboratorios y droguerías, de los cuales, 42 son nacionales y 28 son de origen extranjero, mientras que sólo un total de 43 laboratorios cuentan con planta de producción de medicamentos finales, en el país.

Los laboratorios fabricantes deben cumplir con la certificación en Buenas Prácticas de Manufactura (sello GPM), ya sean acreditadas de manera directa por el Instituto de Salud Pública (ISP) o mediante certificación emitida por la autoridad sanitaria del país de procedencia del medicamento según requerimientos de OMS. Adicionalmente es el ISP el encargado del registro de los productos de los laboratorios que cuenta con un total de registros igual a 12.564, y la mayor parte pertenecen a laboratorios nacionales.

En relación a la innovación en los laboratorios que operan en Chile, esta está relacionada con nuevas presentaciones mediante una estrategia de nuevas formas de presentación, precios y posicionamiento del mercado. Mientras que los registros farmacéuticos están vinculados a posicionar medicamentos cuya patente ya venció.

Las investigaciones que se realizan por lo general están relacionadas a grandes corporaciones farmacéuticas, en la fase de prueba con pacientes locales (fase III).

Los principales laboratorios a nivel nacional son: Andrómaco, que adicionalmente es dueño del laboratorio SILESIA; BestPharma; Chile, que después de ser líder nacional mediante la fabricación de genéricos fue adquirido por TEVA, laboratorio multinacional; Instituto Sanitas; Recalcine, que desarrolla productos de nicho; y laboratorios MINTLAB, que pasó a ser el líder en ventas de genéricos y pertenece a los dueños de Farmacias Cruz Verde¹⁵.

La producción de medicamentos se puede caracterizar con datos proporcionados por ASILFA¹⁶, de acuerdo a los cuales del total de cajas vendidas en el año 2006, el 82,2% fueron fabricados por laboratorios nacionales, el 14% fueron fabricados por laboratorios europeos, y el 3,8% restante fueron fabricados por laboratorios norteamericanos. Mientras en que el año 2010, la participación fue: 75,9% nacionales; 19,4% europeos y 4,7% norteamericanos. El aumento en las importaciones se puede deber a la mayor puesta en marcha de los tratados de libre comercio con la Unión Europea y Estados Unidos, que lleva a la existencia de más patentes y de menores aranceles a la importación de medicamentos. El efecto en los precios de los medicamentos no se puede determinar porque las causas tienen efectos opuestos en el precio. Por una parte los medicamentos patentados tienen un mayor precio, por otra parte, el hecho de tener aranceles de importación muy bajos hace que su precio de importación sea menor que con un arancel mayor (arancel sin TLC)

Los laboratorios nacionales importan alrededor del 90% de sus materias primas, según datos de Gémines, el origen de las importaciones es principalmente Estados Unidos, Brasil, Alemania y Argentina.

De todos modos Chile exporta medicamentos, ventas que llegaron a un valor de US\$65 millones en el año 2005, creciendo a una tasa promedio de 12%. Esta es una

¹⁵ Las otras dos grandes cadenas, Ahumada y Salco-Brand también tienen propiedad de laboratorios.

¹⁶ Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos, www.asilfa.cl.

fuentes de venta poco común, porque el 80% de las exportaciones está concentrado en seis laboratorios. Los principales destinos de las exportaciones son Ecuador, Perú y Bolivia.

1.3. Droguerías y Farmacias

1.3.1. Droguerías

Estas instituciones son las encargadas de realizar la comercialización y distribución como operadores mayoristas. Permiten negociar y establecer las condiciones con los laboratorios proveedores; lograr mejores costos de los medicamentos, coordinar el accionar de los laboratorios de producción propia e incluso trabajar para algunos mercados específicos como son los medicamentos de internación (MINSAL, 2010)

Las droguerías pueden actuar de las siguientes maneras para cumplir con su rol:

- a) Droguerías que son representantes de ciertos laboratorios, comercializando exclusivamente sus productos.
- b) Droguerías exclusivas que proveen a las cadenas de farmacias del mismo grupo (farmacias).
- c) Las droguerías abiertas o independientes, que realizan aprovisionamiento a todas las farmacias interesadas.
- d) Droguerías “mixtas”, realizan el aprovisionamiento a farmacias clientes (independientes), pero también abastecen las farmacias de la Cadena propietaria del Grupo.

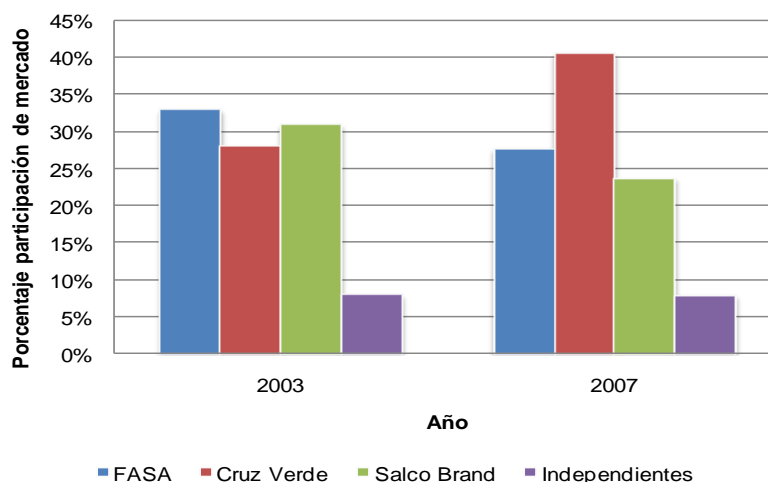
En el mercado chileno parte de las droguerías presentes son: Socofar, perteneciente a la farmacia Cruz Verde, representa un 20% de las ventas; Droguerías independientes como Ñuñoa y Toledo; y Novofarma y Bayservice que están asociadas laboratorios, de las cuales no se tienen antecedentes de su participación de mercado.

1.3.2. Farmacias

Existen una diferencia entre las cadenas farmacéuticas y farmacias. Las primeras cuentan con presencia a nivel nacional, y buena parte de su venta son productos cosméticos y de cuidado personal, generando un modelo de Drugstore; y tienen ventas asociadas a tarjetas de crédito no bancarias masivas. Mientras que las farmacias o farmacias de barrio han intentado sobrevivir con una oferta de productos distintos que las grandes cadenas.

El 93% de las farmacias existentes pertenecen a las grandes cadenas, Salco-Brand, Ahumada y Cruz Verde, mientras que aproximadamente el 7% son farmacias independientes, según datos de 2008, lo anterior que significa una diferencia mínima en comparación con los datos de 2003, en donde las farmacias independientes representaban el 8% y las grandes cadenas un 92%. Dentro de la participación de mercado de las grandes cadenas (Ver Gráfico 1), en el mismo año, la más grande es Farmacias Ahumada (FASA) con casi un tercio del mercado (33%), y además cuenta con presencia en México y Perú; la segunda en tamaño es Salco-Brand con un 31% y finalmente Cruz Verde tiene cerca del 28%. Para el año 2008 no se tienen antecedentes, pero sí para el año 2007, en donde la principal cadena pasó a ser Cruz Verde con una participación del 40,6%, le sigue Ahumada con un 27,7%, en tercer lugar Salco Brand con un 23,8%, quedando un 7,9% para las farmacias independientes. En relación con el número de locales según lo informado por cada una de las cadenas al año 2011, Cruz Verde tiene aproximadamente 540 locales, Ahumada tiene 351 locales y Salco Brand tiene 230 locales

Gráfico 1: Participación de Mercado de Farmacias



Fuente: Elaboración propia en base a datos de MINSAL y IMS Health

También existe una diferencia en la rentabilidad entre los dos tipos de farmacias. Según antecedentes de MINSAL para el año 2003, las farmacias independientes mantienen el margen de comercialización en torno al 12%, según datos del periodo 1995-2002, y cuya tendencia es disminuir. Mientras que las grandes cadenas pasaron de un margen de comercialización de 20% en 1995 a un 30% en 2002. Si nos guiamos por el método de cálculo seguido para la construcción de las cuentas de salud¹⁷ y tomando como antecedente los datos de IMS Health para el año 2008, se puede llegar a determinar el que las farmacias, en su conjunto marginaron un 46%. Las diferencias entre márgenes de comercialización de farmacias independientes y farmacias de cadena se pueden deber a la diferencia de precios en la venta de un mismo producto (mismo laboratorio, principio activo, y nombre), y también por los tipos de tipos productos que venden, mientras en las farmacias independientes venden principalmente genéricos, en las farmacias de cadenas venden más medicamentos de marca y similares.

En relación con la ubicación geográfica de las farmacias, en el año 2002, a partir del Censo, existían 5.350 habitantes por farmacia. Para el año 2008 pasó a ser

¹⁷ Ver Capítulo 1.

5.954 habitantes por farmacia, para finalizar con una proyección para el año 2010 de 6.075 habitantes por farmacia, lo que muestra una mayor concentración en la oferta, provocado en parte por la desaparición de las pequeñas farmacias y por el mayor poder que han ido adquiriendo las farmacias de cadena. Adicionalmente, observa que estas están concentradas principalmente en las grandes urbes. Existen 4 regiones que tienen más de 10 mil habitantes por farmacias y comunas en dentro de las principales regiones del país que no tienen farmacias.

Finalmente, del mercado de las farmacias podemos decir que se encuentra altamente concentrado, según antecedentes presentados por la Fiscalía Nacional Económica (FNE) en el marco del juicio de colusión entre las grandes cadenas de farmacias, el índice Herfindhal Hirschman (HHI) del mercado supera los 3.000 puntos, lo que, según los parámetros de la FNE , refleja un mercado altamente concentrado¹⁸.

1.3.3. Integración Vertical entre Farmacias, Droguerías, y Laboratorios

El mercado nacional de farmacias tiene una peculiaridad: el hecho de un mismo conglomerado sea dueño de una cadena de farmacias, de la empresa que distribuye los medicamentos y un laboratorio. Es decir, en este mercado existe integración vertical. Las razones para que se den pueden ser varias, principalmente aprovechar economías de escala, y sin duda, aumentar las ganancias de dichos conglomerados.

El camino de la integración vertical comenzó con las cadenas de farmacias, que adquirieron laboratorios para su producción propia, porque al no existir patentes para producir ciertos medicamentos y las cadenas contar con la relación directa con el paciente, se produciría un mayor consumo de los medicamentos fabricados directamente por ellos¹⁹. Es así como las marcas propias llegaron a representar el año

¹⁸ http://www.tdrc.cl/DocumentosMultiples/Requerimiento_FNE.pdf

¹⁹ Efectivamente se produjo, debido a que el laboratorio de Cruz Verde es la principal empresa en venta y producción de genéricos en el país.

2008, un 8,5% de las unidades vendidas y un 6,5% del valor de las ventas, siendo el precio de estos productos menor al precio promedio de los medicamentos en general.

El laboratorio relacionado a Salco Brand es Medipharm, el de Cruz Verde es, MINTLAB y el de Ahumada es Prater.

Posteriormente comenzaron a entrar en el mercado de la distribución de los medicamentos constituyéndose como droguerías. En el caso de Salco Brand y Ahumada son ellos quienes distribuyen sus propios medicamentos, pero Cruz Verde, bajo el nombre de SOCOFAR distribuye tanto a su farmacia como a otras farmacias.

En conclusión las farmacias pasaron de ser simples vendedores de medicamentos a un gran agente del mercado, presente en sus tres dimensiones, que es lo que utiliza para aumentar sus márgenes de venta, todo esto provocado por aumento en su poder de negociación con los laboratorios por una parte y comprando medicamentos de su propia producción que no necesitan de difusión porque tienen un sitio estratégico en el punto de venta.

1.4. Ventas de Medicamentos en Chile, Montos y Volúmenes

En relación a cuántos medicamentos y de qué tipo venden laboratorios y farmacias, podemos analizar el volumen de las ventas en este mercado a lo largo de la década. En el año 2000 se vendieron cerca de 164 millones de unidades, mientras que en el año 2009 se vendieron casi 221 millones de unidades, lo que significa un aumento de casi el 35%. El mayor aumento se registra entre el año 2004 y 2005, pero no se puede mantener constante este crecimiento, llegando a un peak de ventas de unidades en el año 2008 con 224 millones de unidades vendidas (ver gráfico 2). Por lo que no se puede llegar a una conclusión clara sobre el crecimiento de la demanda de medicamentos.

En el año 2008 el 36% de las unidades vendidas correspondió a medicamentos genéricos, los medicamentos similares representaron el 44,6% de las unidades vendidas, y los medicamentos de marca correspondieron al 19,4% de las unidades vendidas. Mientras que al cierre del 2010 los medicamentos genéricos representaron un 32,2% de las ventas, los similares un 48% y los marca un 19,2%.

Si revisamos a qué precio se venden estas unidades, se puede ver en la tabla 5, que desde 2006 hasta 2010 sólo ha aumentado su precio promedio, partiendo con un precio promedio de US\$4 la caja en el año 2006, el cual llevado a dólares constantes de 2010 es igual a US\$3,85. El precio promedio en el año 2010 es US\$5,41, ante lo cual se puede vislumbrar un aumento real del 40,5% del precio promedio por caja de medicamentos. Ahora, estos precios se construyen en relación de que los medicamentos genéricos tienen en promedio un precio mucho menor a los medicamentos similares, siendo los medicamentos de marca los más costosos.

En relación con la evolución de los precios a lo largo del tiempo, un estudio de FONASA indica que durante el periodo 2002-2008 el valor de los productos de marca se ha acrecentado nominalmente en un 67,8%, los similares en un incremento de 46,4% y los genéricos en un 32,2%²⁰. Y analizando la situación entre 2008-2010 (Ver Tabla5), vemos que en el año 2008 los precios promedios eran: genéricos US\$1,1 la unidad, similares US\$4,8 la unidad, de marca US\$8,5 la unidad; mientras que en el año 2010 los precios promedios eran: genéricos US\$1 la unidad, similares US\$5,8 la unidad, de marca US\$11,7 la unidad.

Un aspecto particular de los precios de venta de los medicamentos es el nivel de dispersión de estos. Se entiende por dispersión la diferencia entre el precio más bajo y el precio más alto por un mismo principio activo (MINSAL, 2010). En relación a lo anterior en el mercado se observan grupos de medicamentos con alta (diferencia de más de 100%), mediana y mediana alta (diferencia entre 1000% y 100%) y baja (diferencia menos a 100%) de dispersión de precios, y dicen relación con principios activos que no cuentan con patente, por lo que se encuentran en el mercado bajo la

²⁰ Fuente PM Plus IMS Health 2008, (Propuesta de formulación de una política de protección financiera de medicamentos, FONASA, dpto. estudios diciembre 2009).

presentación de genéricos y de similares. La dispersión de precios en este caso se da a nivel de farmacias.

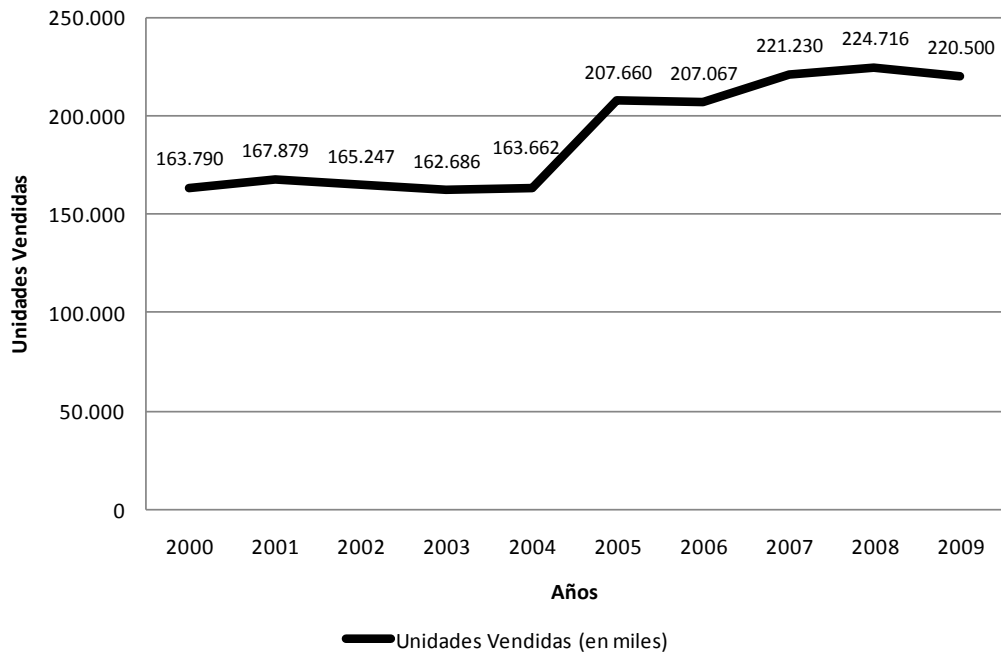
Tabla 5: Precio Promedio de Medicamentos en USD 2006-2010 a Pesos Corrientes

	2006	2007	2008	2009	2010
Chile	4,04	4,13	4,73	4,69	5,41
Argentina	5,92	6,37	7,3	7,15	7,85
Brasil	6,87	8,05	8,99	8,73	9,97
Perú	5,81	6,37	7,22	7,25	7,69
Colombia	4,52	5,22	5,65	5,41	6,29

Fuente: IMS Health

Si se comparan los precios nacionales con Colombia (Ver Tabla 5), que es el país más similar, principalmente porque cuenta con un TLC con Estados Unidos, la diferencia de los precios promedio es de menos de un dólar, la que se puede considerar que los precios son similares. El país que presenta los mayores precios promedio por caja de medicamento es Brasil, con una diferencia de más de cuatro dólares por caja, pero hay que considerar el tipo de cambio dólar/real que existente. Si se considera el factor del tipo de cambio, el precio promedio por caja de medicamento se no tiene grandes diferencias entre países de América del Sur.

Gráfico 2: Evolución del Número de Unidades Vendidas



Fuente: Elaboración propia en base a datos de MINSAL y IMS Health.

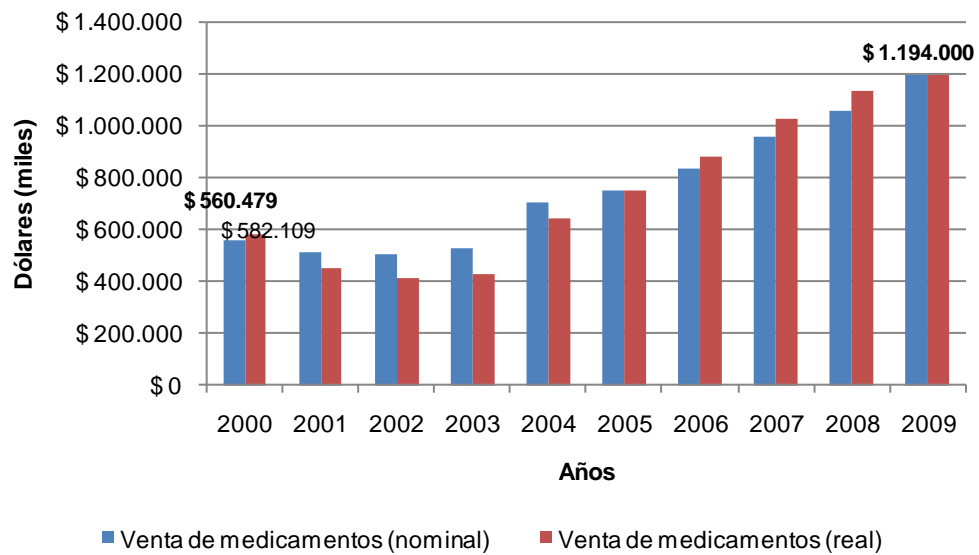
Si hablamos del gasto en general en medicamentos, se puede observar en el gráfico 3 la evolución de las ventas del sector farmacéutico a partir de los datos reportados por IMS Health como las ventas indirectas, definido como las compras a los laboratorios de las farmacias de grandes cadenas e independientes²¹. Estas ventas han aumentado fuertemente en la década, generándose dos saltos, el primero entre el año 2003 y el año 2004, y entre el año 2008 y 2009, el primero se puede deber a las expectativas del mercado por la puesta en marcha del AUGE/GES y por la implementación de programas de atención primaria desde el año 2002 lo que aumentaría el consumo de medicamentos. El segundo salto se puede deber a al crecimiento de la demanda, entre la demanda derivada de las atenciones AUGE/GES y compra de CENABAST, como también por características epidemiológicas de la población chilena.

²¹ Si se quiere conocer el valor de las ventas directa habría que sumarle más de 30% del valor que es lo que marginan las farmacias en promedio.

Analizando la evolución en el monto de las ventas a lo largo de la décadas vemos que en el año 2000 las farmacias compraron poco más de \$580 millones de dólares (en dólares de 2009), mientras que en el año 2009 compraron \$1.194 millones de dólares., lo que significa un aumento real de un 105% de las compras de las farmacias²². Pero, como se puede deducir de lo explicado en los apartados anteriores, esto sólo muestra una parte del mercado, debido a que a en los últimos veinte años el poder ha pasado a estar en las manos de las farmacias, por lo que no se puede llegar a concluir que estas son las ventas del mercado farmacéutico.

Revisando la participación de los diferentes tipos de medicamentos en el monto de las ventas, según datos del año 2008, el 5,2% del gasto se hace en medicamentos genéricos, el 53,2% en similares y 40,1% en medicamentos de marca

Gráfico 3: Ventas de Medicamentos indirectas



NOTA: Las cifras reales están ajustadas al tipo de cambio observado promedio del año 2009

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de MINSAL y IMS Health

²² Si analizamos las mismas cifras en pesos de 2009, tendríamos que las ventas del año 2000 fueron iguales a \$260.586 millones de pesos, mientras que las ventas del año 2009 fueron \$668.246 millones de pesos. El aumento real fue de 156%, pero esto tiene el efecto del tipo de cambio durante el periodo analizado.

Finalmente el comportamiento que se observa a partir de los antecedentes de volumen y montos de ventas, es cierta estabilidad en la demanda de medicamentos, en los últimos 4 años (número de unidades vendidas), lo que redundó en un aumento poco significativo de los precios en el periodo analizado.

El gasto en medicamentos es relevante para los chilenos, para los cuales, según la última encuesta de presupuestos familiares del año 2006-2007, el 30% de gasto en salud es en la compra de medicamentos, motivo por el cual es un factor a analizar a la hora de hacer política pública en el ámbito de salud.

1.5. Compra Pública y el Rol de CENABAST

El sector público compra medicamentos de forma directa, tanto para el consumo de Hospitales y Consultorios, como para la entrega directa a los beneficiarios de FONASA en algunos casos. El primer mecanismo es mediante la Central Nacional de Abastecimiento, creada a principios de la década de 1990, pero toma una mayor presencia desde la reforma de 2005, año en el cual pasa a hacerse cargo de buena parte de las compras de las cosas que necesitan los hospitales de la red pública de salud. El mecanismo que usa es el siguiente: "Compra por orden de los consultorios y hospitales del sistema todos aquellos fármacos y dispositivos médicos indicados, actuando mediante un mandato o en representación de éstos, y lo hace a través de convenios con los establecimientos de Salud en los cuales se establece una comisión por los servicios prestados por CENABAST. El financiamiento corresponde a las entidades que solicitan los servicios de la Central". (MINSAL, 2010)

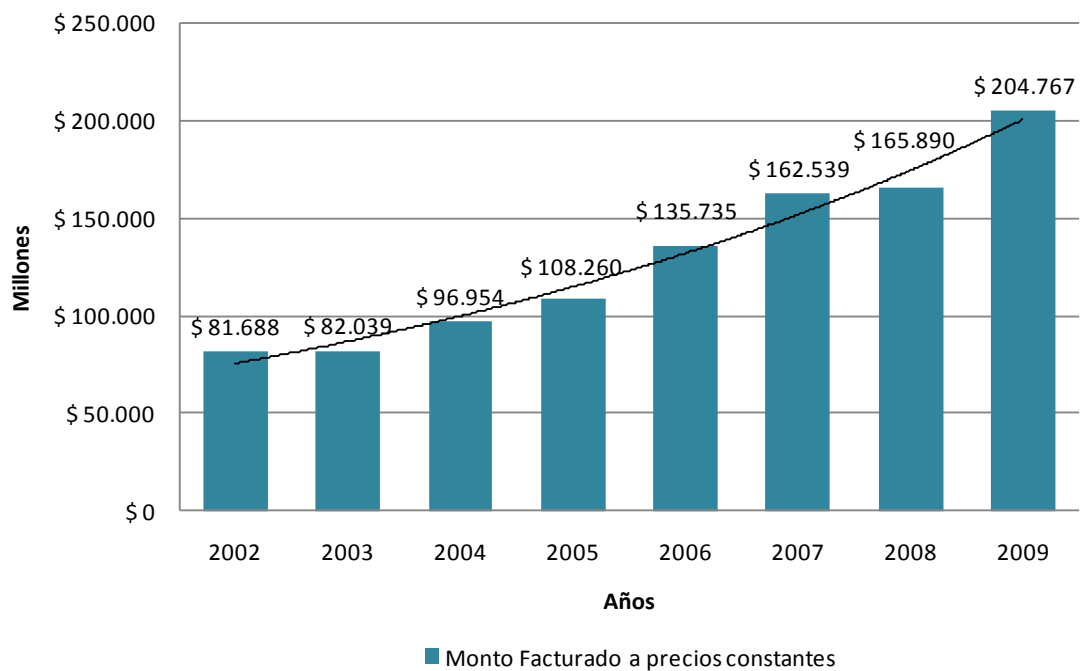
Existe una canasta referencial de aproximadamente 2.400 productos, que se desarrolla a partir de la política de medicamentos del Ministerio de Salud y las necesidades de los clientes para un año.

A su vez los mismos establecimientos de la red (Hospitales y Consultorios) también pueden comprar de manera directa los medicamentos que necesiten. Casi el

40% lo compran por medio de la CENABAST, lo que les permite ahorrar entre un 26-28%

En el Gráfico 4 se puede observar el aumento en el monto facturado por CENABAST, mostrando el gran crecimiento del organismo, pasando de facturar \$81.688 millones en el año 2002 a facturar \$204.767 millones en el año 2009, lo que significa un crecimiento real del 151%.

Gráfico 4: Monto de Facturación CENABAST 2002-2009 (Pesos de Dic. de 2009)



Fuente: Elaboración Propia con datos de CENABAST

Para finalizar, CENABAST tiene un conjunto de desafíos en relación con la mejora de la gestión de los insumos y medicamentos, además de la agilidad del pago de la deuda con los laboratorios, lo que se proviene de la falta de financiamiento de los organismos que compran a partir del portal de la central.

El comportamiento que ha tenido la industria farmacéutica durante la última década está relacionado no sólo con cambios en el sistema de salud, sino que también con la apertura comercial, que se reflejan en los nuevos desafíos de los laboratorios nacionales y la disponibilidad de una mayor variedad de medicamentos, entre otros.

Los cambios en el sistema de salud, por su parte, han llevado, a que si bien el peso del sector ha disminuido en relación con el gasto total en salud, ha crecido la demanda y las ventas, en la medida que las personas están teniendo mayor acceso a atenciones médicas y que los seguros médicos tienen que cubrir los medicamentos (en un 100% o en parte, según corresponda) para las patologías AUGE/GES. Dentro de esto último es que resalta el crecimiento del volumen de compras que ha hecho el Estado por medio de CENABAST.

El peso dentro del total de la compra a los laboratorios se sabe que alrededor del 75% es atribuible a las farmacias, mientras que el 25% al sector público (entre compra directa de establecimientos y CENABAST).

Además se han registrado cambios en la organización del mercado provocados por los mismos agentes, que dicen relación con el fenómeno de integración vertical entre farmacias, laboratorios y droguerías, generándose un menor número de actores dentro del mercado con un mayor control sobre los precios. Esto se puede comprobar mediante el índice de concentración, el cual indica que los laboratorios no son un mercado concentrado, pero sí lo son las farmacias, que finalmente son quienes imputan el valor de venta del medicamento al consumidor final.

2. Infraestructura y Prestadores de Atención de Salud

Lo que lleva a materializar el servicio de atención médica es que exista un prestador de ella. En el caso chileno se tiene como prestador: Hospitales públicos, clínicas, consultorios y centros médicos, estos últimos pueden pertenecer a holding de servicios médicos, a agrupaciones de médicos o una consulta particular.

2.1. Prestadores Privados

Comenzaremos analizando quienes son los principales oferentes de atención médica del sector privado, que son los prestadores a los cuales acuden los beneficiarios del sistema ISAPRE, y crecientemente han vendido servicios de atención a FONASA, por prestaciones directas a través de MLE y por compra de prestaciones valoradas.

Estos prestadores privados, se agrupan en dos grandes organizaciones gremiales: Clínicas de Chile y Asociación de Clínicas y Prestadores de Salud Privados. En la primera asociación se encuentran las Clínicas y Centros de Atención Médica más grandes y con cobertura nacional, y agrupan a 34 instituciones, mientras que el segundo se encuentran establecimientos medianos y pequeños y agrupan a 19 instituciones. Clínicas de Chile expone en su memoria del año 2010, que la red privada de prestadores ahora se debe entender como “una red de utilización pública”, la cual espera recibir una mayor afluencia de beneficiarios de FONASA, sobre todo después de la decisión del ejecutivo de solucionar los problemas de incumplimiento del AUGE/GES, mediante un bono, “Bono AUGE”, para la atención de los pacientes en establecimientos privados.

Se pueden destacar tres grandes grupos médicos, los que tienen relacionados entre sí, diferentes prestadores, como clínicas y centros médicos, además de ser dueños de ISAPREs. Uno está relacionado a la Cámara Chilena de la Construcción, que es dueña de ISAPRE Consalud, Centros Médicos Megasalud y 17 Clínicas a lo

largo del país. la ISAPRE Cruz Blanca está asociada al centro médico Integramédica y Clínica Indisa y finalmente el grupo Banmédica, que es dueña de dos ISAPREs, Banmédica y Vida Tres, 5 clínicas, entre ellas Santa María y Dávila, y de los centros médicos Vida Integra. Adicionalmente Banmédica tiene inversiones en servicios de salud en Colombia y Perú (revisar Anexo Capítulo II, Cuadro 9).

Para dimensionar la oferta de los prestadores privados, podemos utilizar la información entregada por la Superintendencia de Salud (2009) sobre prestaciones médicas. En relación con las atenciones hospitalarias, la clínica que más factura es Clínica Alemana, mientras que en atenciones ambulatorias Megasalud es el principal proveedor. Los 10 principales centros de atención hospitalaria (Cuadro 2) representan cerca del 62% de la facturación por dicho concepto, mientras que los 10 principales prestadores de atenciones ambulatorias (Cuadro 3) representan sólo el 24,3% de lo facturado. Por lo que, a priori, se observa es un mercado con menor oferta en el ámbito hospitalario que en el ámbito ambulatorio.

Lo que existe en las atenciones ambulatorias es una oferta de atenciones médicas atomizada en varios centros de atención pequeños (conjunto de médicos organizados), o consultas particulares en oficinas, que se llevan más del 75% de lo facturado por dicho concepto y que está relacionado con la ubicación geográfica de la demanda y de oferta. En el caso de las atenciones hospitalarias, se puede concluir que existe una menor oferta de dicho servicio, principalmente por los altos costos de instalación de la infraestructura, de la mantención y actualización de la misma.

Cuadro 2: Principales Prestadores Hospitalarios Privados de las ISAPRES

	Prestador de Salud	Monto Facturados (millones)	Participación
1	Clínica Alemana de Santiago S.A.	\$ 91.332	14%
2	Clínica Las Condes	\$ 74.981	11%
3	Clínica Santa María S.A.	\$ 55.514	9%
4	Clínica Dávila S.A.	\$ 43.684	7%
5	Hospital Clínico PUC UCh	\$ 39.150	6%
6	Clínica Indisa S.A.	\$ 31.277	5%
7	Hospital Clínico U de Ch JJ Aguirre	\$ 27.100	4%
8	Clínica Tabancura S.A.	\$ 17.537	3%
9	Clínica Reñaca	\$ 12.027	2%
10	Clínica Sanatorio Alemán	\$ 9.645	1%
	Total	\$ 402.247	62%

Fuente: Superintendencia de Salud (2009)

Cuadro 3: Principales Prestadores Ambulatorios Privados de las ISAPRES

	Prestador de Salud	Monto Facturados (millones)	Participación
1	Megasalud	\$ 39.089	6,7%
2	Servicios Médicos Santa María S.A.	\$ 23.610	4,0%
3	Hospital Clínico PUC UCh	\$ 21.998	3,8%
4	Omesa S.A.	\$ 10.624	1,8%
5	Fundación de Salud El Teniente	\$ 8.864	1,5%
6	Clínica Alemana de Santiago S.A.	\$ 8.779	1,5%
7	Hospital Clínico U de Ch JJ Aguirre	\$ 8.308	1,4%
8	Indisa Diagnóstico	\$ 8.082	1,4%
9	Clínica Las Condes	\$ 6.714	1,1%
10	Hospital del Cobre Dr. Salvador Allende	\$ 6.196	1,1%
	Total	\$ 142.264	24,3%

Fuente: Superintendencia de Salud (2009)

En el caso de las atenciones hospitalarias se pueden observar clínicas de alta complejidad, como Clínica Alemana, clínicas de mediana complejidad, como las clínicas de regiones y clínicas - maternidad. En el caso de las atenciones ambulatorias, lo que existe es un par de prestadores con presencia nacional (Megasalud) y clínicas de alta complejidad que han desarrollado centros médicos

adosados a ellos (Clínica Alemana, Indisa, Santa María, Las Condes), además de las consultas particulares de médicos.

Para determinar el peso de cada clínica o centro médicos dentro del mercado, hay que tener consideración de que el ingreso se puede generar por precios o por volumen. En caso de las dos primeras clínicas (Alemana y Las Condes), representan las camas más caras del mercado, mientras que en el caso de la atención ambulatoria, Megasalud o Integramédica tienen copagos para los beneficiarios de ISAPREs más bajos que los de las clínicas que cuentan con atención ambulatoria.

En relación con las cifras de infraestructura, el sistema privado ha aumentado su oferta de servicios hospitalarios, ambulatorios y de laboratorios. En la Tabla 6 se puede observar la evolución de la oferta del sector entre 2000-2010. Las camas clínicas en el sistema privado pasaron de ser 3676 en el año 2000 a 5889 en el año 2010 (aumento del 60,2%), en el caso de los centros médicos (atención ambulatoria) pasó de 581 a 739 establecimientos (27,2%); los laboratorios pasaron de 375 a 765 (104,0%); los centros de imagenología aumentaron de 408 a 599 (46,8%); y los centros de diálisis aumentaron de 119 a 180 (51,3%).

Tabla 6: Oferta de servicios médicos pertenecientes a prestadores privados

	camas clínicas privadas	centros médicos	laboratorios	centros de imagenología	centros de diálisis
año 2000	3676	581	375	408	119
año 2010	5889	739	765	599	180
Variación	60,2%	27,2%	104,0%	46,8%	51,3%

Fuente: Clínicas de Chile, Memoria año 2010

Uno de los elementos claves en el fuerte crecimiento de los prestadores privados es el aumento de la inversión en dicho sector en el periodo 2000-2009. Tres de las principales clínicas privadas, Banmédica (Dávila y Santa María) e Indisa, invirtieron 55 millones de dólares en conjunto²³, el año 2004. Mientras que el año 2010,

²³ <http://www.businesschile.cl/es/noticia/reportaje-principal/el-vigorouso-crecimiento-de-las-clinicas-privadas-en-chile>

los establecimientos pertenecientes a Clínicas de Chile invirtieron cerca de 600 millones de dólares, principalmente en infraestructura.²⁴

Para continuar analizando en qué se gastaron los dineros de los beneficiarios asegurados en el sistema privado. Durante el año 2009, el monto facturado total del sistema ISAPRE fue igual a \$1.237.703 millones, siendo un 47% atenciones ambulatorias y un 53% atenciones hospitalarias. De este monto facturado el 97% lo hicieron establecimientos privados, mientras que el 3% restante lo hicieron establecimientos de la red pública.

No existe el mismo desglose de información para el año 2000, pero sí para el año 2001, en donde se facturó un total para el sistema ISAPRE de \$776.391 (millones de pesos de diciembre 2009). Es decir ha existido un aumento real del 59% en el monto facturado entre el periodo 2001-2009. Para comparar el número de prestaciones relacionadas con los montos facturados, podemos observar la Tabla 7, en donde el total de prestaciones aumentó casi un 30%, el cual se explica en parte por las “otras prestaciones” y por los exámenes de diagnóstico y de los procedimientos de apoyo. Lo anterior refuerza el aumento en centros de imagenología y laboratorios, debido a que, al existir más, se reflejó el aumento en la demanda por los servicios que prestan estos centros:

Tabla 7: Número de Prestaciones de Beneficiarios de ISAPREs (en miles)

	2001	2009	variación
N° Atenciones médicas	11.482	12.041	4,9%
N° Exámenes de diagnóstico	15.758	20.818	32,1%
N° Procedimientos apoyo clínico/terapéuticos	8.956	11.858	32,4%
N° Intervenciones quirúrgicas	316	351	10,9%
N° Otras prestaciones	1.285	1.806	40,6%
N° Prestaciones adicionales	0	5.692	-
Sin clasificar	2.887	0	-
Total prestaciones	40.683	52.567	29,2%

Fuente: Superintendencia de Salud, serie estadística prestaciones de salud en Chile 1990-2009

²⁴ Dividida entre centros hospitalarios, médicos y laboratorios.

En el año 2009 se reportaron un total de 280.069 egresos hospitalarios²⁵, mientras que en el año 2001 fueron 235.536, que significa un aumento del 19%, lo que está por debajo del crecimiento de las prestaciones de salud. Esto podría tener un conjunto de explicaciones: i) los beneficiarios del seguro privado están buscando atenciones relacionadas con la medicina preventiva, ii) cada egreso hospitalario puede tener relacionado un mayor número de exámenes.

Lo informado en cuanto a prestaciones y egresos puede indicar, primero, un mayor acceso a la atención médica, un mejoramiento de la infraestructura hospitalaria y de centros médicos. También el mayor nivel de información que tienen los beneficiarios de un sistema de salud y el mayor desarrollo de la industria de los cuidados médicos principalmente en nuevos instrumentos que permitan mejorar la calidad del examen.

2.2. Prestadores Públicos

En el sistema público existe la llamada “Red Institucional”, que, como se explicó en la primera parte está conformada por todos aquellos establecimientos que pertenezcan a SNSS. Es esta red institucional en la cual tienen cobertura los beneficiarios de FONASA, y en la cual se atienden, principalmente los pacientes con planes A y B, debido a que el copago de dichas atenciones es bajo. Por lo anterior, es relevante revisar cómo está constituida la oferta atención en la cual se atienden más de seis millones de chilenos.

En la oferta de la red institucional se pueden encontrar cerca de 221 hospitales, 376 consultorios generales urbanos y rurales, y 1.102 postas rurales. La administración de estos establecimientos depende, en una parte de MINSAL, mientras que la mayoría de los consultorios son de administración municipal.

²⁵ Es el retiro de los servicios de hospitalización, ya sea vivo o fallecido, de un paciente que ha ocupado una cama del hospital, fuente: MINSAL

Lo 221 hospitales dependen de 26 servicios de salud ubicados a los largo del país (tienen una división geográfica)²⁶. Estos servicios de salud son organismos estatales descentralizados en sus funciones, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Están estructurados a partir de una Dirección de Servicio, la cual supervisa, coordina y controla todos los establecimientos y dependencias.

La organización de los establecimientos también se sostiene mediante niveles de atención, estos son:

Nivel Primario: son establecimientos de complejidad mínima en donde se realizan atenciones ambulatorias, como controles médicos, programas de vacunación y también entrega de alimentos. Este tipo de establecimientos tiene amplia cobertura, ya que significan la entrada a la atención de salud.

Nivel Secundario: son establecimientos de complejidad intermedia, y actúan por referencia de los centros de atención primaria. Ofrecen atención ambulatoria, como una unidad de apoyo, y de hospitalización.

Nivel Terciario: Son establecimientos de alta complejidad y ubicados en las grandes ciudades. Actúan como centro de referencia de los otros dos servicios mencionados anteriormente, llegando a ser referenciados a nivel nacional (hospitales de especialidad, por ejemplo Hospital Calvo Mackenna). Se realizan atenciones ambulatorias y de atención cerrada en los servicios de hospitalización.

²⁶ Son 27 servicios de salud, pero uno de ellos es el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente (SESMA). Su misión es: “Proteger la salud de la población de la Región Metropolitana de los riesgos presentes en el medio ambiente y contribuir a conservar, mejorar y recuperar los elementos básicos del ambiente que garantizan el derecho ciudadano a vivir en un ambiente libre de contaminación”. Más información en www.sesma.cl

También existen establecimientos hospitalarios para grupos especiales de la población y sus familias, como las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Universidad de Chile, entre otras

Estos establecimientos se financian por los programas que tiene MINSAL, cuyo distribuidor del dinero es FONASA, además, en el caso de los consultorios, del aporte que podrían hacer las municipalidades. Los programas, según definición del ministerio, son²⁷:

- a) Programa de Atención Primaria: programa en el cual se contemplan los recursos asociados a la actividad desarrollada por los consultorios municipales como la desarrollada por los consultorios dependientes de los Servicios de Salud.

Para el año 2009, el presupuesto ejecutó \$602.486 millones al cuarto trimestre de ese año, y se brindaron 13.072.884 de consultas médicas a lo largo del año sólo en consultorios²⁸

- b) Programa de Prestaciones Valoradas: programa en el cual se contemplan los recursos asociados a la ejecución de programas que permitan garantizar a las personas la entrega de prestaciones de salud en forma oportuna, las que están asociadas a enfermedades catastróficas, urgencias, crónicas y de prioridades sanitarias. En este Programa se contempla un mecanismo especial de asignación de recursos basado en la definición de PAD, esto es Pago Asociado a Diagnóstico, para gran parte de las patologías y actividades contempladas en este Programa.

Para el año 2009 el presupuesto ejecutó \$723.627 millones al cuarto trimestre de ese año, y se brindaron 92.772 prestaciones.

²⁷ Los montos presentados a continuación pueden no resultar iguales que los mostrados en las Cuentas de Salud. Esto se debe a que están contabilizados en conjunto el aporte fiscal y los aportes de los cotizantes de FONASA.

²⁸Incluye uso de recursos provenientes del propio municipio. Fuente www.sinim.cl

- c) Programa de Prestaciones Institucionales: donde se contemplan los recursos orientados a la ejecución del resto de las actividades y programas desarrollados por los Servicios de Salud, que no se encuentren incorporadas en los dos Programas anteriores.

Para el año 2009 el presupuesto ejecutó \$993.674 millones al cuarto trimestre de ese año.

Ahora, si queremos conocer el número de algunas de las prestaciones realizadas por los establecimientos del sistema público de salud, sabemos que el años 2009 existieron 1.177.745 de egresos hospitalarios. En relación el número de exámenes que se realizaron en el año 2007, se puede ver el Cuadro 4:

Cuadro 4: Número de Exámenes de Laboratorio e Imagenología en establecimientos pertenecientes al SNSS, año 2007.

Tipo de Prestación	Total
Exámenes de Laboratorio	63.022.791
Exámenes de Imagenología	5.364.631

Fuente: Elaboración Propia con datos del Departamento de Estadística e Información de salud (MINSAL)

2.3. Oferta y Rendimiento del Sistema de Salud

En suma en el país existe una oferta total de 39.216 camas hospitalarias como se ve en el Cuadro 5, de las cuales el 69% (27.163) pertenece al sistema público de salud (red SNSS), mientras que las clínicas privadas ofrecen el 15% (5.889) de las camas, y el 16% restante pertenecen a instituciones a las cuales pueden acceder beneficiarios de ambos seguros.

Cuadro 5: Distribución de Camas Hospitalarias, año 2010

sistema	n° camas	porcentaje
sistema público (2009)	27.163	69%
mutuales	952	2%
clínicas psiquiátricas y otras especialidades	1.380	4%
institucionales (FF.AA. Universidades, etc)	3.465	9%
otros (teleton, etc)	367	1%
Clínicas privadas	5.889	15%
Total Camas País	39.216	100%

Fuente: Clínicas de Chile, Memoria año 2010

Por lo que, existirían 2 camas cada 1000 beneficiarios de FONASA y 3,5 camas cada 1000 beneficiarios de ISAPREs²⁹

En relación con el número de prestaciones (ver Tabla 8) que se dan en el sistema de salud, se puede ver el número creciente de atenciones que brinda el sistema público bajo la cobertura de FONASA, en sus dos modalidades, aunque por falta de datos reportados por la misma entidad no se conoce el número de prestaciones bajo la modalidad institucional desde el año 2007. Si revisamos las prestaciones del sistema ISAPRE, este número ha crecido sostenidamente desde el año 2006, mientras que desde el año 2000 al 2003 el número de prestaciones había disminuido, lo cual pudo estar relacionado con la disminución de los cotizantes en dicho seguro (revisar apartado sobre seguros).

Tabla 8: Número de prestaciones según sistema (miles)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ISAPRE	43462	40683	38416	37109	41530	36638	40157	47090	49691	52567
FONASA	108702	114821	116572	118415	123277	125553	130967	s.i.	s.i.	s.i.
<i>institucional</i>	85676	89913	89938	91171	93547	94762	98049	s.i.	s.i.	s.i.
<i>libre elección</i>	23026	24908	26635	27244	29730	30791	32919	34130	36171	36726

Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de ISAPREs y FONASA.

²⁹ El 16% de las camas pertenecientes a prestadores distintos de los de la red SNSS y de clínicas privadas se dividen proporcionalmente entre beneficiarios de cada sistema, al igual que los beneficiarios de otros sistemas.

Si se revisan los datos a nivel per cápita se puede ver a que a lo largo de la década aumenta el número de prestaciones por beneficiario tanto en el sistema ISAPRE como en el sistema FONASA (ver Tabla 9). En comparación entre seguros, la cantidad de prestaciones por beneficiario es mayor en ISAPREs que en FONASA, la diferencia se puede deber a las características socioeconómicas de los beneficiarios del sistema privado, los cuales pertenecen a los dos últimos quintiles, tienen disponible una mayor oferta de infraestructura de salud en términos per cápita, además del menor monto de copago relacionado a cada prestación. Al igual que en la Tabla 8 entre el periodo 2000-2003 disminuyen las prestaciones per cápita.

Tabla 9: Número de prestaciones según sistema, per cápita

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ISAPRE	14,06	13,83	13,58	13,60	15,51	13,77	14,96	16,96	17,87	18,93
FONASA	10,70	11,31	11,29	11,19	11,30	11,29	11,41	s.i.	s.i.	s.i.

Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de ISAPREs y FONASA

Si revisamos el gasto en prestaciones en términos per cápita (Tabla 10) siempre ha sido mayor en el sistema ISAPRE que en el sistema FONASA, casi duplicándose durante el periodo 2000-2009 en el seguro privado, mientras que en el seguro público más que se triplica el gasto per cápita. Si comparamos entre seguros, el año 2000 un beneficiario de ISAPRE gastaba en prestaciones \$181.959 al año, mientras que un beneficiario de FONASA gastaba \$69.764. Al año 2009, un beneficiario de ISAPRE gastaba en prestaciones \$317.890 al año, mientras que el de FONASA gastaba \$193.343 en el mismo periodo. Por lo que la brecha entre el gasto per cápita entre seguro privado y seguro público se ha ido acortando, pasando de una diferencia de 161% a 64% entre beneficiarios.

Por lo tanto, lo que tenemos es un sistema privado donde los beneficiarios tienen un mayor número de prestaciones y gastan más en cada una de ellas que los beneficiarios del seguro público.

Tabla 10: Gasto total en prestaciones, sistema ISAPRE y sistema FONASA (pesos diciembre 2009)

		2000	2001	2002	2003	2004
ISAPRE	Gasto total	\$ 562.652.463.189	\$ 601.037.905.389	\$ 619.247.100.201	\$ 636.166.646.806	\$ 649.272.052.987
	Gasto Per Capita	\$ 181.959	\$ 204.379	\$ 218.952	\$ 233.106	\$ 242.408
FONASA	Gasto total	\$ 708.638.069.815	\$ 753.819.597.924	\$ 1.114.091.552.629	\$ 1.212.955.317.081	\$ 1.327.408.389.039
	Gasto Per Capita	\$ 69.764	\$ 74.221	\$ 107.879	\$ 114.645	\$ 121.661
		2005	2006	2007	2008	2009
ISAPRE	Gasto total	\$ 647.047.209.554	\$ 683.680.875.871	\$ 748.170.656.259	\$ 804.899.382.549	\$ 882.644.301.000
	Gasto Per Capita	\$ 243.220	\$ 254.672	\$ 269.425	\$ 289.491	\$ 317.890
FONASA	Gasto total	\$ 1.417.503.280.775	\$ 1.672.066.434.732	\$ 1.771.049.226.884	\$ 1.923.689.034.414	\$ 2.418.747.832.000
	Gasto Per Capita	\$ 127.472	\$ 145.658	\$ 150.847	\$ 157.058	\$ 193.434

Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de ISAPREs y FONASA

En conclusión el sector de “prestadores de atención médica” está, nuevamente, dividido entre prestadores para los beneficiarios del sistema privado y beneficiarios del sistema público, pero esta tendencia está cambiando en la medida que los beneficiarios de FONASA pueden acceder a prestadores privados y que el Estado subcontrata al sistema privado en la entrega de diferentes servicios médicos (exámenes, camas, diálisis, etcétera), lo que explica el aumento del gasto y la inversión del sector privado en infraestructura.

En cuanto al comportamiento mismo del modelo se puede encontrar el problema del tercer pagador, y de oferta que crea su propia demanda, principalmente en el seguro privado, en cuanto los beneficiarios van a un centro médico o clínica relacionada con su ISAPRE la cual determina, por medio de un médico, qué procedimiento va a seguir, cuantos exámenes y consultas médicas son necesarios, entre otros. Esto explicaría en parte el mayor número de prestaciones de los beneficiarios de ISAPREs y por el comportamiento que adoptan los dueños de la infraestructura.

3. Médicos

En esta sección examinaremos la situación de los médicos dentro del mercado de salud. Cuál es su posición dentro, qué comportamiento de mercado tienen y cuanto del gasto en salud va a pasar a la comunidad médica.

3.1. Formación de Médicos

La formación de los médicos ha sufrido los mismos cambios institucionales que el cambio en el sistema de salud, generándose un aumento en la oferta de instituciones que imparten la carrera de medicina. Antes de la década de 1980 sólo cuatro instituciones podían impartir la carrera, (Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica y Universidad de Concepción, Universidad Austral), luego, se sumaron dos universidades regionales (La Frontera y de Valparaíso), para en la década de 1990, ingresar a impartir la carrera la Universidad de Santiago, y 5 universidades no pertenecientes al consejo de rectores, desde el año 2000 al año 2007 se abrieron 14 casas de estudio donde se imparte la carrera de Medicina. Hoy en Chile, existen 21 universidades que imparten la carrera en 27 sedes.

Desde el año 2003, para obtener el título de médico, se debe rendir el examen único nacional, el cual mide conocimientos básicos que tienen que tener los nuevos médicos.

El proceso de formación necesita de lugares de práctica, inicialmente las universidades generaron establecimientos que estaban diseñados para la labor docente, el ejemplo más claro es el hospital JJ Aguirre perteneciente a la Universidad de Chile, pero dado el aumento de universidades que imparten la carrera se han generado complicaciones para encontrar dichos lugares de práctica, llevando a las universidades a dar incentivos a los establecimientos públicos (Hospitales y consultorios) para que sus estudiantes tengan sus prácticas en estos lugares, y a los establecimientos privados (Clínicas y los centros médicos adosados a ellas) a tener

estudiantes dentro de sus establecimientos, con una barrera adicional de que se necesita de la aprobación del paciente para la participación del estudiante dentro de la consulta. Por lo tanto, los académicos de medicina se han comenzado a cuestionar la calidad de los nuevos médicos, principalmente por las características que ha tenido su formación práctica. (Armas y Gioc, 2008)

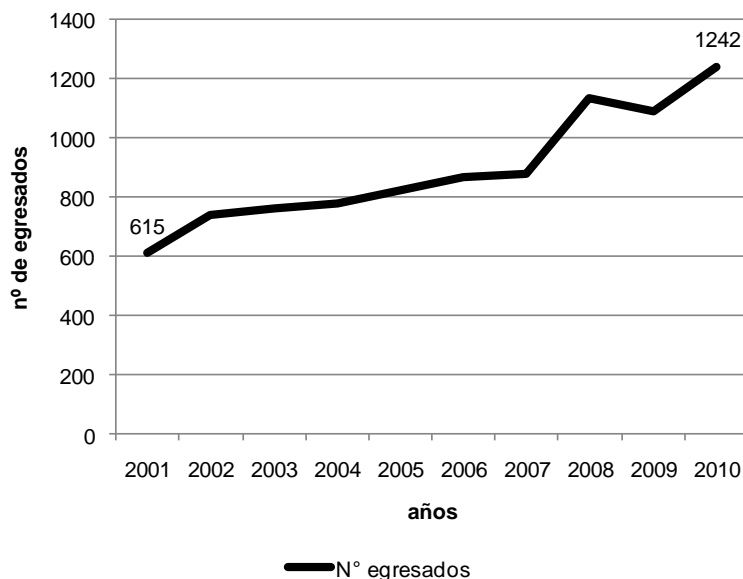
A partir de diversas publicaciones se puede construir el número de médicos que se titulan al año en Chile, lo cual se refleja en el Gráfico 5:



Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes publicados en Román 2010 y datos Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina.

El egreso de estudiantes de escuelas de medicina en la última década es explosivo, y su evolución se puede ver en el Gráfico 6:

Gráfico 6: Número de egresados de escuelas de medicina 2001-2010



Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina

Se puede notar el importante aumento que ha tenido a lo largo de 50 años la cantidad de nuevos médicos que se gradúan en el país, lo cual se vio acrecentado en la última década, lo que es atribuible sólo al aumento en la oferta de vacantes para estudiar la carrera.

Después de la formación general de un médico, éste puede buscar continuar con su proceso de formación a través de una especialización, pero este proceso no se encuentra formalizado, existiendo varias opciones para poder llegar a tener el título. Las asociaciones de especialistas entregan cupos y también el Ministerio de Salud, los cuales pasan a formar parte del registro que tiene CONACEM, pero adicionalmente un médico se puede especializar en un área con la práctica, sin pasar por un proceso formal. Por lo anterior, los datos que se manejan en torno a las vacantes para especializarse y los egresados de estos procesos no son certeros. Este aspecto se profundizará en el siguiente punto.

3.2. Número de Médicos en Chile

Los datos conocidos, usando como fuente al Servicio de Impuestos Internos, hablan de que en el año 2008 existían 29.996 médicos, lo que significa un médico cada 569 personas. Si se toma en cuenta que el estándar para la OMS es de 1 médico cada 600 personas, se podría concluir que Chile cumple con el estándar a nivel mundial.

Profundizando en la evolución del número de médicos en Chile, se puede hacer referencia al trabajo de Román (2010), en donde se entrega el número de médicos desde 1994 hasta 2012 (el dato es una proyección) en la Tabla 11.

Tabla 11: Relación entre número de médicos y población total

Año	N° médicos	Población	Médico/Habitantes
1994	15.451	14.151.708	1/915
1998	16.760	14.996.647	1/894
2004	25.542	16.093.378	1/630
2008	29.996	16.611.101	1/553
2010	34.345*	17.094.270*	1/533
2012	37.197*	17.402.630*	1/498

Fuente: Román (2010), (*) Para números estimados.

Como se conoce el número de médico por habitante, se puede hacer mención a que los médicos no están distribuidos de igual manera dentro del país, ante lo cual, se observa que hay zonas del país con cobertura médica de país desarrollado, y otras con cobertura de países del tercer mundo. Del estudio realizado para el MINSAL en relación a la oferta de médicos, se observa: En la zona central se concentra el 73% (471,4 1 médico/hab) de los médicos, le sigue la zona centro sur, con sólo un 14,7% (756,5 médico/hab), la zona norte tiene un 8,1% (837,0 médico/hab); y finalmente la zona sur tiene un 4,2% (851,0 médico/hab).

Las diferencias de médicos promedio también existe entre beneficiarios de seguros, hay 276 beneficiarios de ISAPREs u otros seguro no FONASA por médico asociado, y 920 beneficiarios de FONASA por médico asociado al seguro.

Pero el número de médicos que trabajan para establecimientos de la red pública de salud ha aumentado, principalmente en el periodo 2004-2005, y el crecimiento más importante es el de los médicos (tanto de horas contratadas como de personas) que trabajan en centros de atención primaria. Si en 2004 estaban contratados 1495 médicos en dichos centros, en 2008 se contrataron a 2748³⁰ médicos. Lo que significa un crecimiento en el número de profesionales igual a 81,87%. Estos números no hacen más que corroborar el aumento en el gasto en salud, principalmente en la atención primaria.

En el caso de los especialistas, obviando las observaciones en torno a su formación, se tiene como diagnóstico de que faltan especialistas en el sector público, ya que estos prefieren trabajar en el sector privado, por el pago que tienen sus servicios, adicionalmente de que están concentrados en las zonas más pobladas del país (Región Metropolitana; Región del Bio Bio y Región de Valparaíso).

La Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas, CONACEM, reconocía 50 especialidades el año 2007 y ya en julio del mismo año, había emitido 9.627 certificaciones, en donde las especialidades con más certificados son: Medicina Interna (1087), Pediatría (1086), Cirugía General (906), Obstetricia y Ginecología (882), Anestesiología (553) y Ortopedia y Traumatología (526), según lo que se indica en Román (2008).

A lo anterior se le puede complementar de dónde obtienen las especialidades y en qué lugar de Chile se encuentran, haciendo un total, según las estimaciones del Banco Mundial para el MINSAL, de 22.822 médicos. En el Cuadro 6 se puede observar la distribución geográfica de los especialistas.

³⁰ No todos los médicos están contratados por jornada completa. Las horas contratadas pasaron de ser casi 50 mil en 2004 a 101 mil en 2008 (variación de 103%)

Cuadro 6: Distribución médicos especialistas

Fuente	Áreas Geográficas				Total
	Norte	Central	Centro - Sur	Sur	
SIRH	1.073	6.421	2.318	726	10.538
APS	188	1.665	420	121	2.394
FONASA	366	3.357	431	217	4.371
CONACEM	271	4.664	471	113	5.519
<i>Total</i>	<i>1.898</i>	<i>16.107</i>	<i>3.640</i>	<i>1.177</i>	<i>22.822</i>

Fuente: Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile (MINSAL y Banco Mundial, 2010)

En Chile, adicionalmente, ejerce un número no menor de médicos provenientes de países de Latinoamérica, incentivados por los acuerdos de convalidación de títulos entre países, por la cercanía geográfica y por el nivel de ingresos que tienen los profesionales médicos en comparación con los ingresos de sus países de origen.

Chile posee acuerdos o convenciones de mutuo reconocimiento de títulos con Uruguay, Ecuador, Colombia y Brasil, y para hacer válido el título se tiene que presentar dicho título al Ministerio de Relaciones Exteriores. En el caso de que el país no tenga acuerdo se debe revalidar el título mediante un examen, el cual se espera lo rindan todos los médicos extranjeros que quieran ejercer la profesión en Chile.

Según datos de CONACEM sólo el 6% de los médicos extranjeros que ejercen la profesión en Chile están certificados con algún tipo de especialidad. Mientras que según Armas y Gioc (2008) alrededor del 41% de los médicos que trabajan en establecimientos públicos de atención primaria es extranjero³¹.

3.3. Remuneraciones de los Médicos

Con los datos entregados por el seguro público y por el seguro privado sólo se tiene el dato del gasto en prestaciones médicas y dentro de ello se incluye el pago por

³¹ Haciendo un total de 986 médicos, donde las principales nacionalidades son ecuatoriana, cubana, colombiana y boliviana.

la infraestructura y el sueldo del médico, por lo tanto, vamos a hacer mención sólo a los datos reportados por Futuro Laboral en torno a cuánto gana un médico durante sus primeros años después de su titulación³². Allí se indica que el promedio, un médico a un año de egresado tiene un ingreso bruto de \$1.100.000 aproximadamente, mientras que su ingreso al cuarto año de egresado es de aproximadamente de \$1.800.000. Adicionalmente los médicos tienen una empleabilidad de más del 90% durante el primer año de egreso.

Los números expuestos anteriormente son resultado de las características de la jornada que tiene el trabajo de los médicos, los cuales tienden a mezclar entre media jornada en establecimientos del sector público, la que es vista como una oportunidad de aprendizaje, y media jornada en establecimientos del sector privado (consulta particular, centro médico o clínica), cuyas horas son mejores remuneradas que en sector público.

Según el estudio del Banco Mundial hecho para MINSAL, en el año 2008 alrededor de 13 mil médicos trabajaban para el sector público, lo que , en termino de horas hombre significa que un 35% de los médicos trabaja en los servicios de salud, y sólo un 9% en atención primaria. Estos se distribuyen dentro del mismo sistema de la siguiente manera: 46% son médicos de planta superior; 34% son médicos que se encuentran en la etapa de Destinación y Formación³³, y 22% trabajan en urgencia.

De los médicos que trabajan en el sistema público se puede decir que es una población cada vez más joven en donde casi la mitad tiene menos de 40 años; y en especialidades como neurología, anestesiología, oftalmología e imagenología, entre otras más del 60% de los médicos tiene menos de 50 años, mientras que los especialistas en enfermedades respiratorias, gastroenterología y hematología, etcétera, sucede lo contrario, menos del 40% de esos médicos tiene menos de 50 años. En el caso de las mujeres, representa un tercio de los médicos y más del 50% de

³² www.futurolaboral.cl, organismo dependiente del Ministerio de Educación.

³³ Es el proceso en el cual ingresa un médico cirujano recién egresado a trabajar a la red SNSS. Son destinados a diferentes hospitales a lo largo del país, y entrega puntos a la hora de postular a cupos de especialización.

los médicos especializados en medicina familiar, pediatría y medicina física y de rehabilitación seguido de psiquiatría, infectología y anatomía patológica.

Pero no todos los médicos ganan lo mismo, se puede intuir que los médicos especialistas tienen mayores ingresos que los médicos generales, pero también depende de la especialidad que éstos tengan el ingreso puede ser muy distinto y en general tiene directa relación con la cantidad de médicos que tengan dicha especialidad. Las especialidades con mayor renta promedio son: anestesiología, cardiología y neurocirugía, mientras que las especialidades con menor renta promedio son psiquiatría y neurología.

3.4. Integración Vertical entre Prestadores y Médicos

Otro aspecto a analizar es la relación entre los dueños de las clínicas, hospitales y centros médicos, con los médicos y los servicios anexos, como laboratorios.

La literatura internacional habla de que existe integración estratégica entre los hospitales y los médicos (Strategic integration of hospitals and physicians, Evans A. y Gertler P., 2006), en donde se parte de la hipótesis que si se genera integración entre los dueños de las clínicas y los médicos se puede lograr una mayor nivel de eficiencia y menores costos, esto guiado por las teorías en torno a la integración vertical. Pero finalmente encuentran que la integración tiene un efecto pequeño sobre la eficiencia, y que está asociada a un aumento en los precios, especialmente cuando está en mercados que son poco competitivos. Existe una excepción, los hospitales docentes sin fines de lucro, los cuales son más proclives a que sean organizaciones completamente integradas, que si bien no tienen precios muchos más altos o costos muchos más bajos sí entregan una atención de mejor calidad, generando, además labores de formación académica e investigación.

El Banco Interamericano del Desarrollo³⁴ ha señalado, en relación a la división del factor trabajo y la integración entre los diferentes servicios, que: “Es un fenómeno común que instituciones con nombres del tipo de "hospital general", "hospital de agudos" u "hospital psiquiátrico" no desempeñen funciones idénticas en los diferentes sistemas de salud. En muchos países se observa una tendencia a una mayor integración vertical en el sector hospitalario, donde algunas instituciones incluyen números crecientes de subunidades (tanto para internación como para consulta externa) bajo un solo techo, a veces para lograr una combinación más rentable entre los bienes y servicios de salud y otros no relacionados con ésta”

Revisando el caso de Chile encontramos que si bien los médicos se encuentran agrupados en su colegio respectivo y que resultan ser un actor importante a la hora de informarse y legislar en temas de salud, han ido perdiendo fuerza de negociación en el mercado de la salud, siendo su único reducto el sector público. Lo que ha sucedido en el sector privado, en parte por el mayor número de médicos en relación con la población y la concentración geográfica que tienen, es la dependencia laboral con un centro médico desarrollándose cada vez menos la consulta particular, quedando la práctica médica adosada al box del centro médico, que en el caso de Chile está relacionada a tres grandes grupos que tienen ISAPREs, centros médicos y clínicas. Otro aspecto a analizar de la relación prestadores-médicos es la existencia de propiedad de equipos por parte de médicos o grupos de ellos, que generen contratos con clínicas para la provisión de exámenes.

³⁴ En el Anexo sobre Cuentas de Salud.

4. Aseguradoras como Intermediarios en las Prestaciones de Salud

4.1. FONASA

El Fondo Nacional de Salud, es un servicio público funcionalmente descentralizado y dependiente del Ministerio de Salud, le compete la función de financiamiento del sistema de salud, donde cumple una doble función. Actúa como caja que recolecta, administra y asigna los recursos públicos provenientes del 7% obligatorio de cotización y aporte fiscal (para financiar a quienes carecen de recursos propios) para la atención de los beneficiarios de sistema estatal, y por otra, como un seguro público que representa a los cotizantes y sus cargas. En su rol de seguro funciona como un seguro social tradicional en la medida que no vincula los beneficios obtenidos a las contribuciones realizadas.

La prestación de los servicios se realiza mediante sus dos planes de atención:

- *Modalidad de Atención Institucional (MAI)*: dirigida a indigentes, grupo A y B que copagan 0 en el sistema que se atienden en la Red pública de prestadores del SNSS: hospitales, centros ambulatorios, servicios de urgencia, consultorios, postas de salud rural.
- *Modalidad Libre Elección (MLE)*: los beneficiarios se atienden conforme a una lista de prestadores en convenio: (establecimientos privados, pensionados de hospitales públicos, consultas médicas)

La composición de la población beneficiaria es acorde al grupo al que pertenecen, por definición estos grupos son:

- GRUPO A: indigentes, embarazadas hasta 6º mes, niños hasta 6 años, beneficiarios de subsidios (PASIS, SUF), menores SENAME, copagan 0% del valor de las prestaciones según arancel MAI, ya que usan exclusivamente este plan, no pueden acceder a MLE.
- GRUPO B: Ingreso Imponible Mensual menor o igual a \$172.000, copagan 0% del valor de las prestaciones según arancel MAI.
- GRUPO C: Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$172.000 y Menor o igual a \$251.120 (con más de 3 cargas familiares, pasa a Grupo B), copagan 10% del valor de las prestaciones según arancel MAI.
- GRUPO D: Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$251.120 (con más de 3 cargas familiares, pasa a Grupo C); copagan el 20% del valor de las prestaciones según arancel MAI.

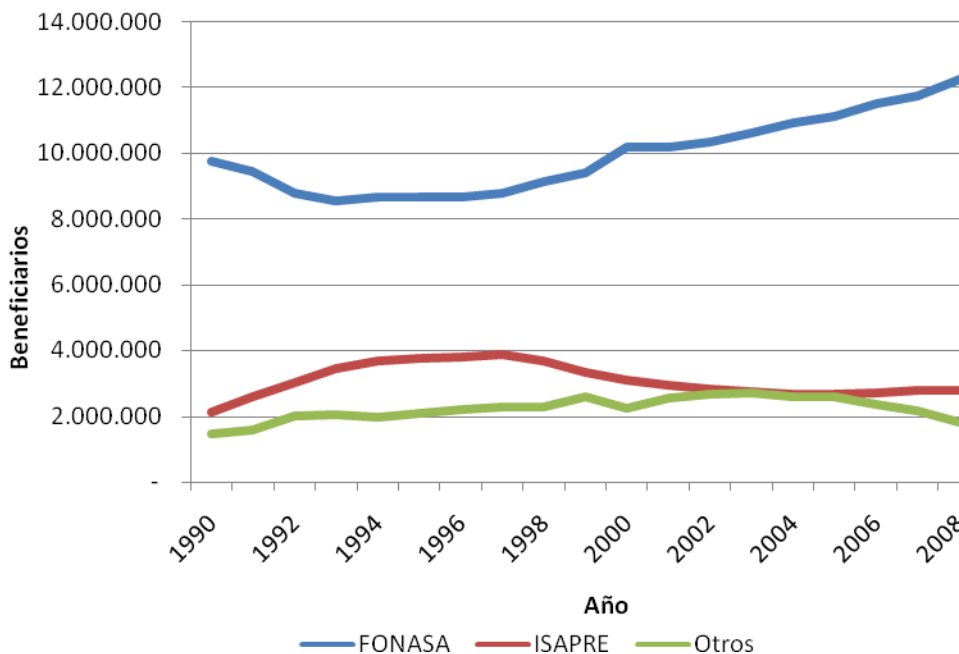
En MLE los copagos para los grupos B, C y D se determinan según el nivel en que está adscrito el prestador: 3 niveles, siendo en tercero el más caro. Analizando la población beneficiaria del sistema de salud chileno (Gráfico 7) que corresponde a los cotizantes más sus respectivas cargas, ha crecido con fuerza desde 1998-1999, lo que coincide con la Crisis Asiática y su respectivo contagio al resto de los países provocándose una caída del PIB³⁵ (a precios constantes) de 0,7% en 1999. Por lo tanto las causas que podemos atribuir a este aumento de beneficiarios del sistema públicos son:; i) Peak en la tasa de desempleo³⁶ de 10,1% (experimentando un a variación con respecto a 1998 de 3,7 puntos porcentuales) derivado de la desaceleración en la tasa de crecimiento, y por ende a; ii) Pérdida de poder adquisitivo de la población lo que llevó a una mayor imposibilidad de seguir cotizando en el sistema privado. Por último; iii) Aumento de los recursos de la institución y su campaña de posicionamiento como el seguro público de salud en la cual promociona la modernización y el mejoramiento de los servicios entregados, lo que en definitiva lleva a una mejor percepción de la imagen de FONASA

³⁵ Según cifras publicadas por el Banco Central.

³⁶ Tasa de Desocupación INE.

por parte de la población. Todo lo anterior se traduce en un sistemático traspaso de beneficiarios del sector privado al público.

Gráfico 7: Beneficiarios de los Seguros de Salud en Chile³⁷



Fuente: Elaboración propia con datos de FONASA

Otra explicación para el aumento de beneficiarios del seguro público un tanto más actual y que aplica al período 2003-2009, es el aumento en los precios de los planes de ISAPRE debido a la explosión de los costos de sistema que inducen la fuga desde un sistema a otro. A su vez, las principales causas que explicarían este incremento de costos son:

- Un mal diseño en el sistema de licencias médicas³⁸ que tiene incentivos que estimulan la sobre utilización, se observa un crecimiento importante en las licencias tramitadas desde 2003. Le sigue la tendencia las licencias autorizadas, aquí se observa en parte los esfuerzos de las ISAPREs por

³⁷ FONASA considera a todos los beneficiarios del seguro público. ISAPRE considera a todos los beneficiarios de los seguros privados de salud. Otros considera a personas particulares y FF.AA no aseguradas en los seguros antes mencionados.

³⁸ Ver Gráfico 28 de evolución de Licencias Médicas en Anexo.

tener un mayor control sobre éstas ya que la brecha entre ambas curvas, que representaría las licencias rechazadas ha aumentado en el período

- Aumento de prestaciones de salud con una alta prevalencia de enfermedades crónicas y de alto costo, en las que influye de forma importante el perfil epidemiológico al que se la llegado.
- Importante desarrollo y reemplazo de tecnologías en diferentes ámbitos de la medicina, aprovechando la caída constante del tipo de cambio desde 2003 hasta 2008. Pasando de 691,54 a 521,79 respectivamente³⁹.
- Crecimiento del número de servicios otorgados por los prestadores⁴⁰.

En consecuencia, estamos frente a un conjunto de situaciones que pueden ser abordadas de distinta manera en el sistema público y privado y también como país. Situaciones que -además- deben considerarse un dato para diseñar las estrategias que permitan al país y al sector privado "controlar la explosión de costos del sistema de salud".

Es por ello que tanto el número de beneficiarios de seguro público así como la participación de los beneficiarios de FONASA con respecto a los beneficiarios totales, luego de una caída hasta 1997, comienza a aumentar considerablemente. Este evoluciona desde 9.137.599 de beneficiarios en 1998 representando un 60,5% de la población total nacional, a los 12.504.226 de beneficiarios en 2009, con una participación del 73,5%⁴¹, según se muestra en la Tabla 12.

Tabla 12: Estimación de los beneficiarios del seguro público de salud y su participación respecto a otros sistemas,

AÑO	FONASA	% Part.	ISAPRE	% Part.	Otros (1)	% Part.	Población (2)
1990	9.729.020	73,1	2.108.308	15,9	1.463.068	11,0	13.300.396
1991		69,5		18,9		11,5	

³⁹ Cifras de Banco Central.

⁴⁰ Revisar cifras de aumento de prestaciones en Tabla 8 y 9.

⁴¹ Este aumento de beneficiarios de FONASA ayuda a explicar que el número de prestaciones del sistema público, visto anteriormente, se mantenga relativamente estable.

	9.414.162		2.566.144		1.563.320		13.543.626
1992	8.788.817	63,7	3.000.063	21,8	1.997.977	14,5	13.786.857
1993	8.537.786	60,9	3.431.543	24,5	2.060.762	14,7	14.030.091
1994	8.644.479	60,6	3.669.874	25,7	1.958.971	13,7	14.273.324
1995	8.637.022	59,6	3.763.649	26,0	2.094.551	14,4	14.495.222
1996	8.672.619	59,0	3.813.384	25,9	2.209.787	15,0	14.695.790
1997	8.753.407	58,8	3.882.572	26,1	2.260.383	15,2	14.896.362
1998	9.137.599	60,5	3.679.835	24,4	2.279.496	15,1	15.096.930
1999	9.403.455	61,5	3.323.373	21,7	2.570.671	16,8	15.297.499
2000	10.157.686	65,6	3.092.195	20,0	2.234.851	14,4	15.484.732
2001	10.156.364	64,9	2.940.795	18,8	2.561.472	16,4	15.658.631
2002	10.327.218	65,2	2.828.228	17,9	2.677.085	16,9	15.832.531
2003	10.580.090	66,1	2.729.088	17,0	2.697.251	16,9	16.006.429
2004	10.910.702	67,4	2.678.432	16,6	2.591.194	16,0	16.180.328
2005	11.120.094	68,0	2.660.338	16,3	2.569.544	15,7	16.349.976
2006	11.479.384	69,5	2.684.554	16,3	2.351.436	14,2	16.515.374
2007	11.740.688	70,4	2.776.912	16,6	2.163.172	13,0	16.680.772
2008	12.248.257	72,7	2.780.396	16,5	1.820.428	10,8	16.849.081
2009	12.504.226	73,5	2.776.572	16,3	1.733.693	10,2	17.014.491

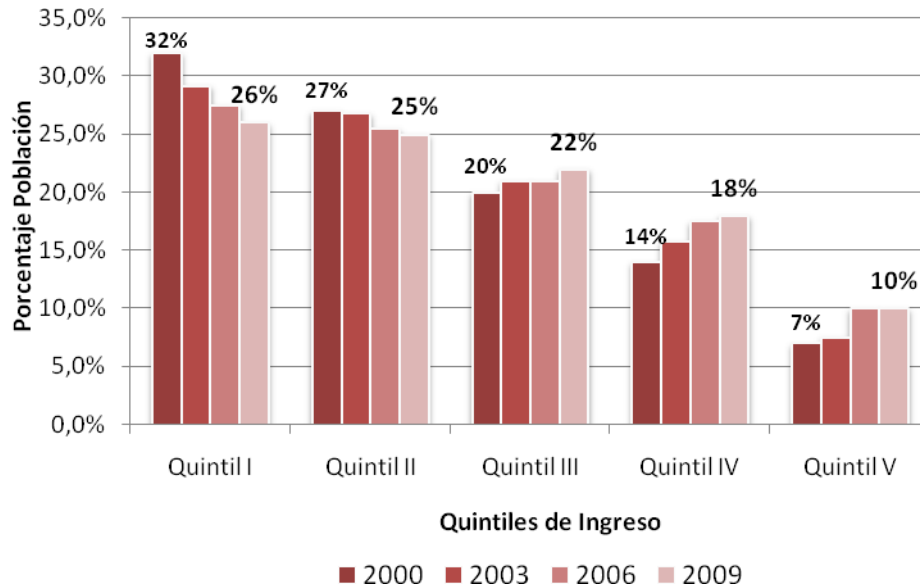
(1) Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en los Seguros Público y Privados.

(2) Proyección INE 1990 - 2050 llevada a diciembre de cada año

Fuente: FONASA.

Si bien hay una evidente modificación en la cartera de beneficiarios del seguro público, esta no ha sido homogénea en términos de las características de la población, principalmente sus niveles de ingresos. Así, la participación de beneficiarios del FONASA correspondientes al primer quintil de ingresos disminuyó aproximadamente 6 puntos porcentuales para el periodo 2000-2009 mientras que los del quinto quintil aumentaron sólo 3 puntos porcentuales, como se muestra en el Gráfico 8.

Gráfico 8: Evolución de la cartera de Beneficiarios FONASA según quintil de ingreso



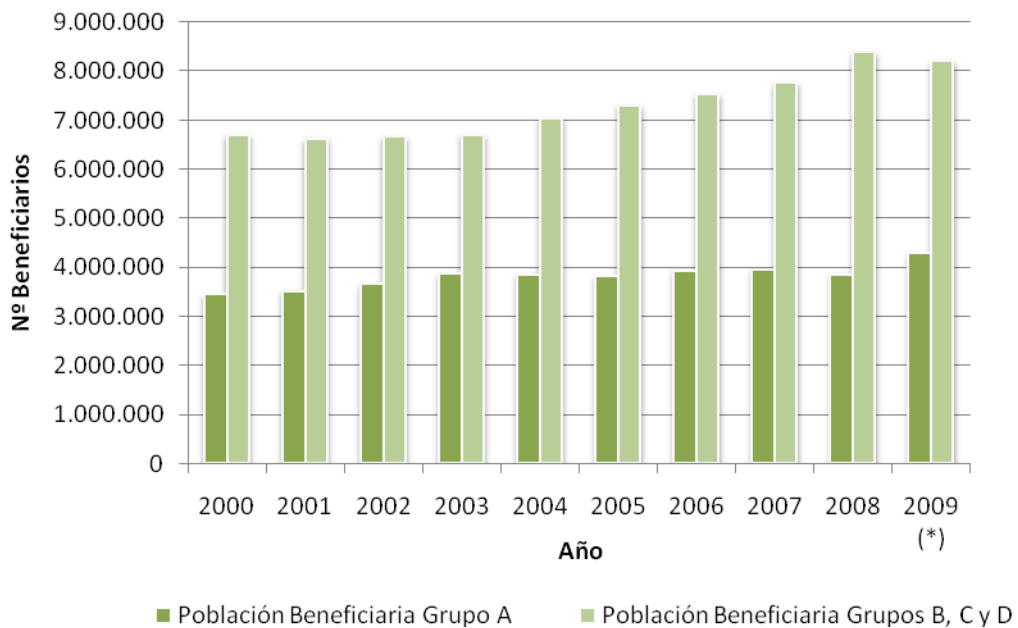
Fuente: “La Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020”, Instituto Salud y Futuro (2011)

Por lo tanto el peso relativo de los beneficiarios del quintil I cae respecto de los quintiles III, IV y V quienes exhiben un aumento de su participación en el sistema FONASA. Esto no implica una salida de los más pobres del sistema, sino más bien que el crecimiento de los beneficiarios año a año se debe principalmente a individuos de mayor poder adquisitivo. Posteriormente nos referiremos al tema de la distribución de la cartera de beneficiarios por quintiles de ingreso cuando tratemos el tema de las ISAPREs, para hacer la comparación con estos resultados.

Corroborando la conclusión anterior desglosamos el universo de beneficiarios en el Gráfico 9, de acuerdo al grupo que pertenece, advertimos claramente un aumento en los beneficiarios de los grupos B, C y D (los que se definen en base a una escala de ingreso) alcanzando un peak en 2008 con 8.387.293 luego disminuye levemente en 2009 llegando a ser 8.209.024 los beneficiarios. Por lo tanto también se refleja un

mayor aumento de beneficiarios de mayor poder adquisitivo. En el caso del grupo A, también hay un crecimiento importante de cerca de 850.000, desde los 3.450.076 en 2000 hasta los 4.295.202 beneficiarios en 2009, lo que nos confirma que los beneficiarios más vulnerables económicamente no dejan de ingresar al sistema como se enunció recientemente, sino que ingresan en menor proporción que los de mayores ingresos. Para la segunda categoría la diferencia final era mayor y correspondían a 1.500.000 de individuos.

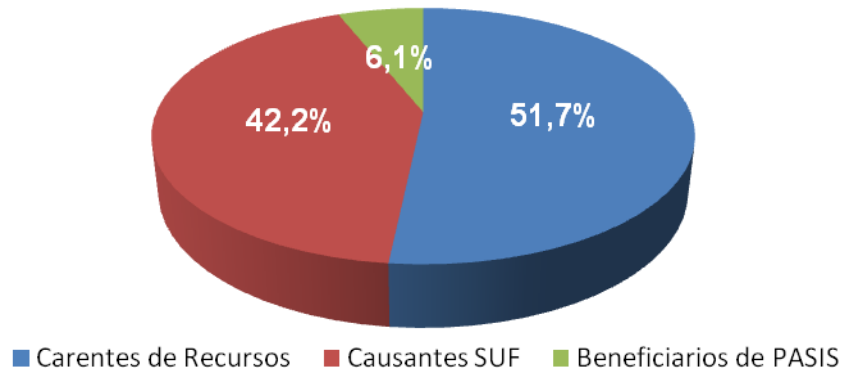
Gráfico 9: Desagregación de beneficiarios del Sistema FONASA



Fuente: Elaboración propia con datos de FONASA

En el caso del grupo A, el grupo beneficiario más pobre, el número de beneficiarios en 2009 se desglosa de la siguiente manera (Gráfico 10): el 51,7% corresponde únicamente a beneficiarios sin recursos propios, el 42,2% quienes poseen el Subsidio Único familiar y el resto beneficiarios de PASIS (Pensión Asistencial).

Gráfico 10: Tipo de beneficiario Grupo A FONASA para 2009



Fuente: Elaboración propia con datos de FONASA

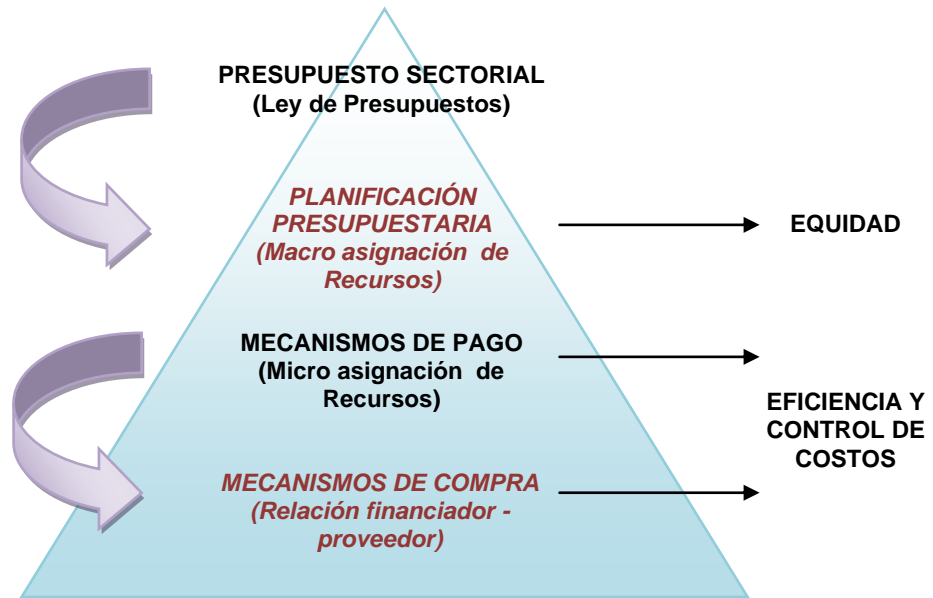
Donde dentro de los beneficiarios de PASIS se consideran las Pensiones Básicas Solidarias, no afectas a cotización para Salud (PBS).

El conjunto de beneficiarios, tiene en principio, acceso al mismo paquete de beneficios independiente de su contribución al sistema. En este sentido FONASA incorpora mecanismos financieros de redistribución de ingresos desde los individuos de mayores ingresos hacia las de menores ingresos, como es el caso de los individuos del grupo A que no realizan contribución, aunque en parte el financiamiento de estos es netamente aporte fiscal, el resto se explica por la redistribución. Además en FONASA se evidencia el concepto de Solidaridad típica de un sistema de seguros de salud que opera en el sentido de los más sanos a los más enfermos y también de los más jóvenes a los más ancianos.

4.1.1. La Asignación de Recursos, el rol de la Intermediación

FONASA dentro del sistema público cumple un rol determinante en la asignación de recursos, esto es: qué producir, cómo y para quién. La cúpula de gobierno es la que determina el nivel de recursos a destinar al sector Salud, la cual se especifica en la Ley de Presupuestos como se ilustra en la Figura 3, posteriormente se realiza la planificación presupuestaria a cargo del Ministerio de Salud que se encarga de manera global de efectuar una macro asignación de estos recursos que se preocupa principalmente de:

Figura 3: Asignación de los Recursos en el Sistema de salud

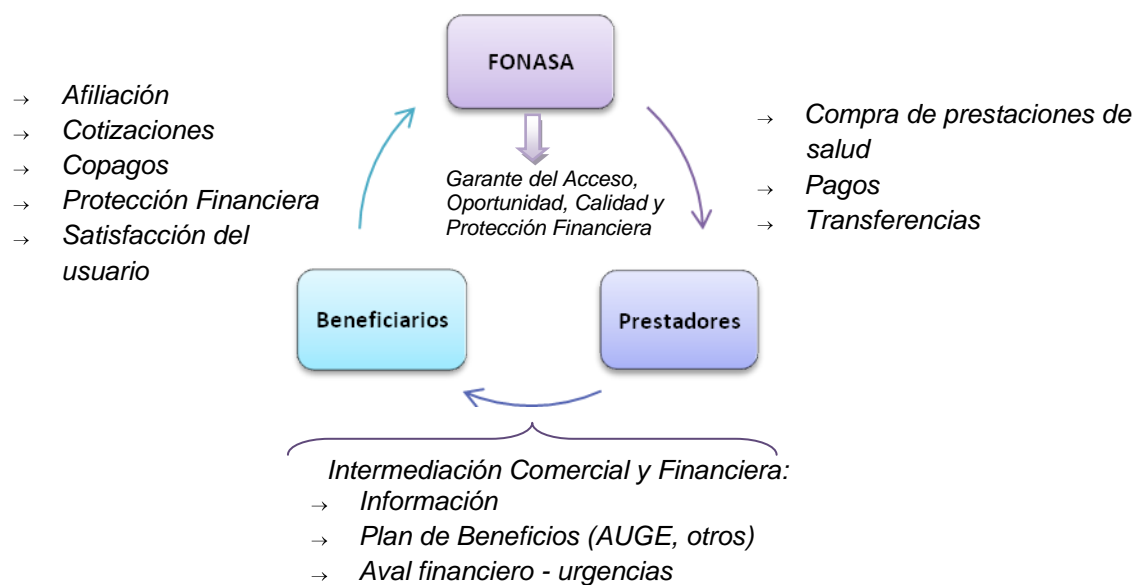


Fuente: Presentación "Reforma Sistema de Salud Chileno", P. García (2004)

- Modelo de Equidad: Cierre de Brechas Sanitarias
- Gestión del Ajuste de Riesgo por Población
- Planificación de Inversión Sectorial: Polos de Desarrollo de la Capacidad Resolutiva de la Red Asistencial
- Prioridades y Objetivos Sanitarios: Régimen de Garantías y Componente de Beneficios Adicionales (Resolución de Problemas de Salud)
- Síntesis Presupuestaria Anual Sectorial de Salud

Posteriormente, viene la micro asignación de los recursos, la cual se manifiesta en el rol de intermediación comercial y financiero, el cual se ilustra en la Figura 4, que se define como el proceso de “Articular un adecuado equilibrio entre la disponibilidad de recursos financieros del Fondo (cotizaciones, aporte fiscal y copagos), la demanda (necesidades y riesgo) de los usuarios por atenciones de salud y la disponibilidad de oferta de prestadores de salud. El enfoque a la premisa anterior, consiste en lograr una adecuada combinación entre mecanismos de pago de prestaciones y una política de precios que la sustente” (P. Lagos). Para el primer concepto, la intermediación comercial, se puede distinguir los mecanismos de compra y de pago.

Figura 4: FONASA y su rol Intermediador



Fuente: Presentación “El Costeo por Procesos desde la perspectiva del Financiador”, P. Lagos (2003)

Dentro de los mecanismos de compra que hace referencia a la relación financiador-proveedor, y que en parte da pie a la articulación público-privada, en la que se explicita el mecanismo de compra del FONASA a los proveedores privados la que se explicará un poco más adelante, se cumple lo siguiente:

- Compromisos de Gestión con los Servicios de Salud
- Compra a prestadores privados a través de Servicios de Salud

- Convenios Directos Modalidad Atención Institucional (Ley N° 19.650/1999)
- Convenios Modalidad Libre Elección (prestadores individuales e instituciones.
- Pagos y Transferencias

Por otro lado, los mecanismos de pago, que ya fueron descritos en la primera sección, que aplican en el caso de nuestro seguro público distinguiendo entre las modalidades de atención podemos verlo en el Cuadro 7:

Cuadro 7: Mecanismos de Pago del Sector Público

	MODALIDAD INSTITUCIONAL	MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN
Presupuesto Histórico (PDI)	Sí	No
Pago asociado a Diagnóstico (PAD)	Sí	Sí
Pago per Cápita (PPC)	Sí (APS Municipal)	No
Pago por Prestación (PPP)	Sí (Para compra de servicios privados)	Sí

Fuente: Presentación "Reforma Sistema de Salud Chileno", Pedro García (2004)

Finalmente nos resta mencionar el rol de intermediación financiera que consiste básicamente en:

- Mecanismos de Recaudación de cotizaciones
- Mecanismos de Recaudación de co-pagos MLE y MAI
- Fijación de reglas de Aporte Fiscal para Indigentes y carentes de recursos (Grupo A y cotizantes pobres)
- Protección Financiera (una de las garantías GES).
- Satisfacción Usuaría

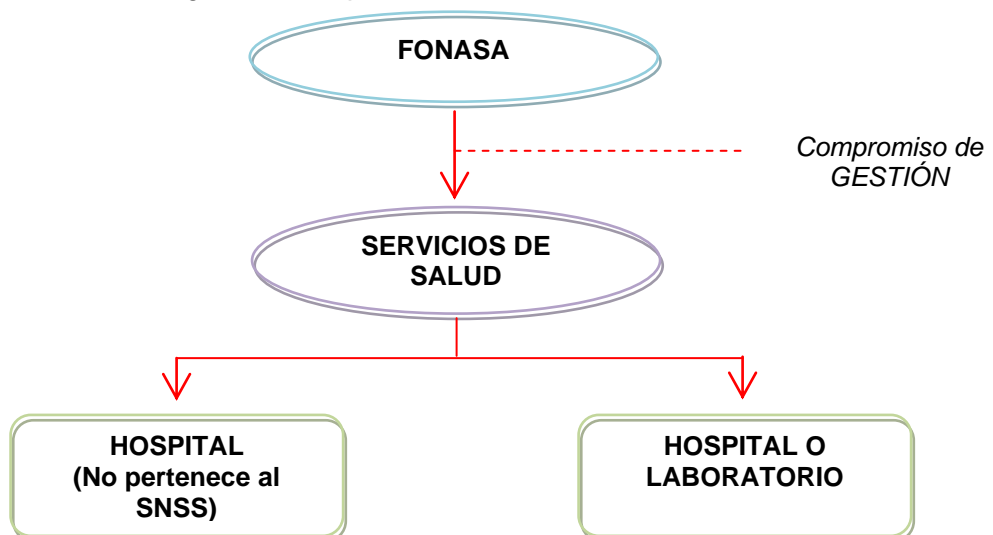
Sólo nos falta esquematizar la articulación publico- privada, es decir explicar cómo funciona la compra de FONASA con los prestadores privados, así como también

cuando nos enfrentamos con alguna patología GES, esta será el siguiente tema en exposición.

4.1.2. Articulación Público – Privada

Como ya hicimos referencia brevemente en una sección anterior, expondremos brevemente cómo funciona el proceso de compra de FONASA a diversos tipos de prestadores. Comenzamos viendo la Figura 5, que resume la idea. FONASA actúa como un garante de gestión para los Servicios de Salud, quien ante la necesidad de entrega de una prestación de salud para los beneficiarios del respectivo seguro público, puede adquirirlo, según el DFL N° 36, a un Hospital no perteneciente al SNSS, que puede corresponder a un proveedor público o a uno privado, básicamente hablamos de la compra de capacidad productiva del hospital. Por otro lado, tenemos la compra de servicios, en especial la compra de ciertas prestaciones específicas, como por ejemplo la hemodiálisis, exámenes, etc, a hospitales o laboratorios 100% privados.

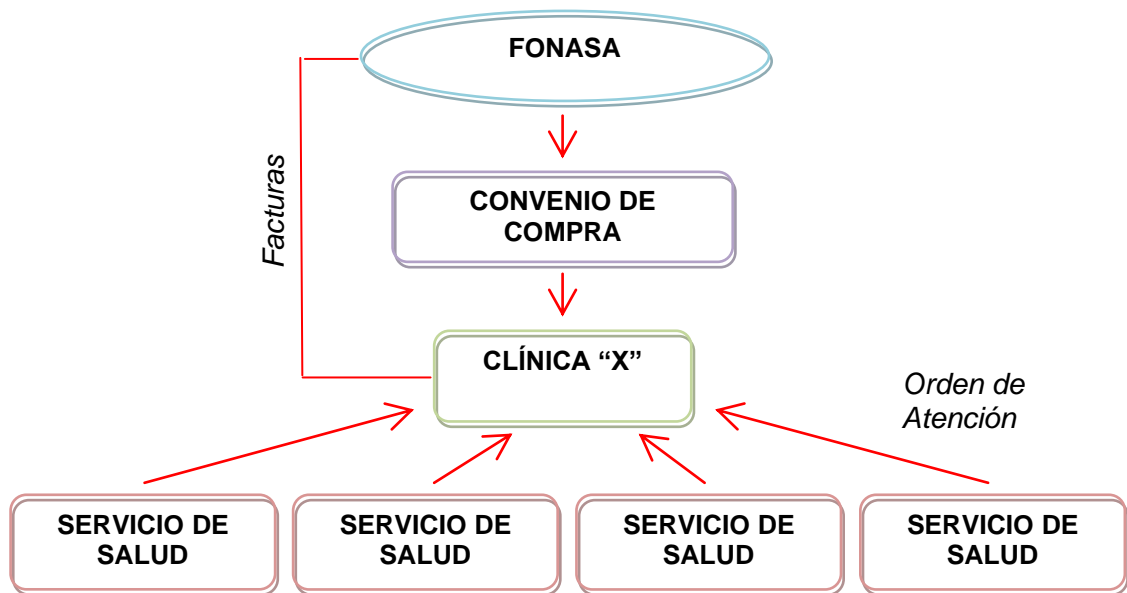
Figura 5: Compra a Proveedores Privados



Fuente: Presentación "El Costeo por Procesos desde la perspectiva del Financiador", P. Lagos (2003)

El siguiente esquema a analizar corresponde a la compra directa que realiza la Modalidad de Atención Institucional, que es acreditada por la ley 19.650 y que se ilustra en la Figura 6. En ella FONASA y la Clínica privada establecen un convenio de compra, en el cual se establecen una serie de puntos, tales como los precios de las distintas prestaciones que entregara la clínica privada, así como los cupos que entregará a MAI, es decir la capacidad para atender a los beneficiarios de ésta, también se define la modalidad de pago PAD (DRG) y las condiciones de entrega de los servicios.

Figura 6: Compra Directa MAI

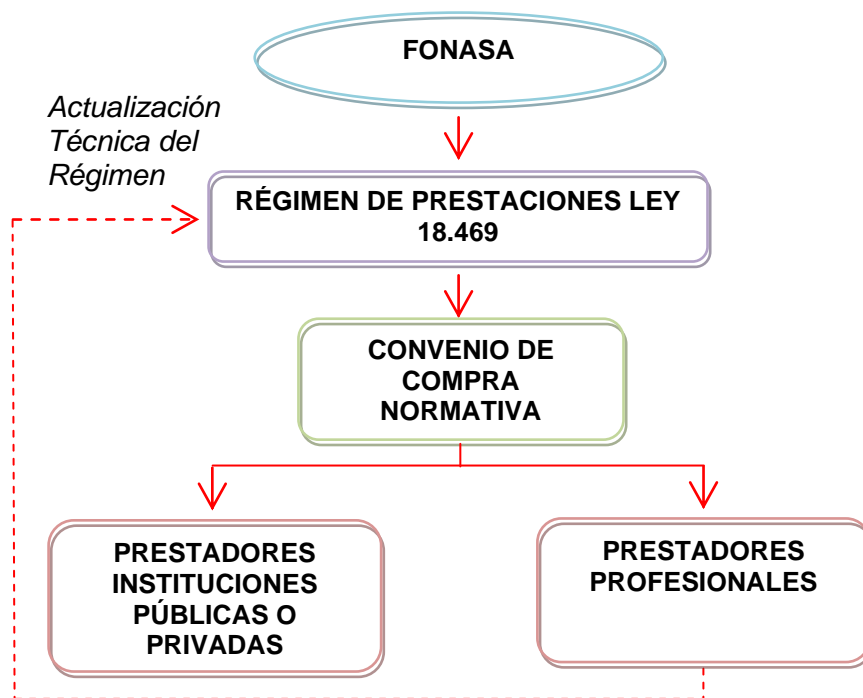


Fuente: Presentación "El Costeo por Procesos desde la perspectiva del Financiador", P. Lagos (2003)

Finalmente son los Servicios de Salud quienes entregan toda la información necesaria para la atención de los demandantes de MAI, dónde deben atenderse, cuándo, cómo se realizara el respectivo procedimiento, etc. Por lo tanto, una vez acabado todo el convenio, son los Servicios de salud quienes entregan la orden de atención al paciente derivándolo al respectivo prestador privado.

El siguiente esquema a presentar (Figura 7) corresponde a la compra de MLE. FONASA según la Ley de Prestaciones 18.469 establece un convenio de compra con uno de los siguientes dos tipos de prestadores: Instituciones Públicas/Privadas o Profesionales Independientes. El convenio se respalda por medio de una normativa técnica que ayudar a definir el arancel, para el cual existe una definición técnica de acuerdo a cada prestación. Además se establece la modalidad de pago: PAD o PPP (*fee for service*) y las condiciones de entrega del servicio: se informa sobre las redes acreditadas y también los respectivos copagos que deberá desembolsar el beneficiario.

Figura 7: Compra Directa MLE



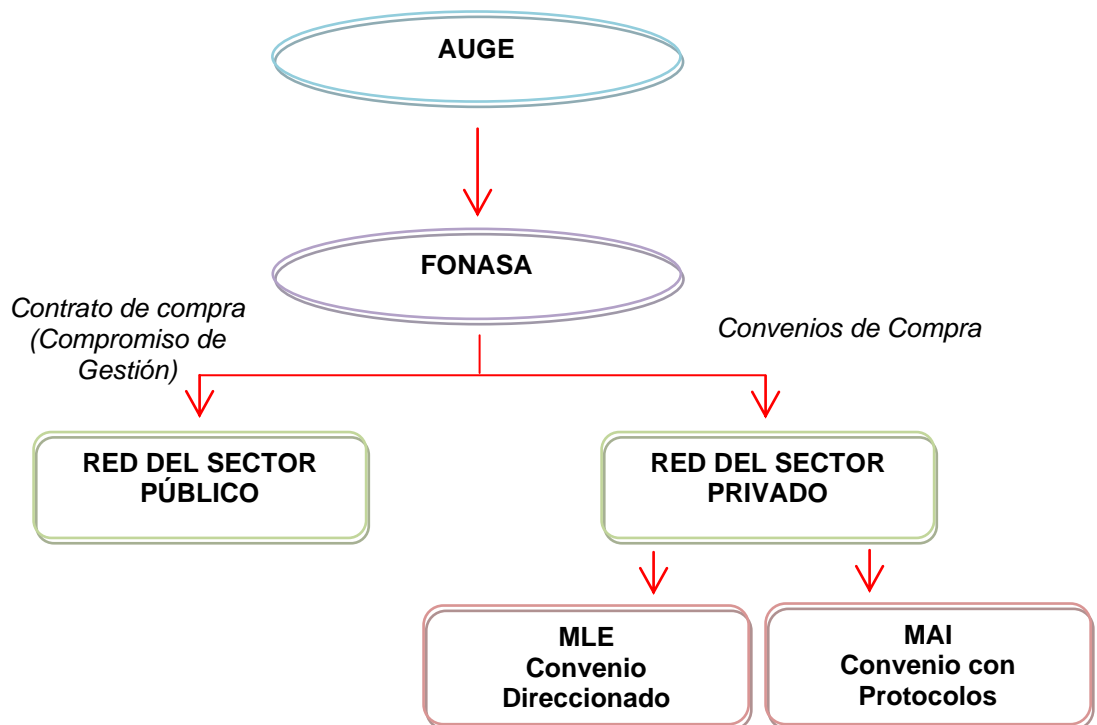
Fuente: Presentación “El Costeo por Procesos desde la perspectiva del Financiador”, P. Lagos (2003)

Por último finalizamos haciendo referencia a la compra AUGE como eje central la cual se ilustra en la Figura 8. Los criterios previos para que una patología AUGE pueda acceder a este mecanismo de compra de FONASA son los siguientes:

- Determinación de Demanda Satisfecha y Potencial
- Determinación de la Oferta Pública y Privada
- Optimización de la Red – Complementariedad Pública y Privada
- Definición de Políticas de Precios
- Definición de Políticas de Compra

Una vez que FONASA ha realizado las tareas anteriores, puede generar el contrato de compra con la Red Pública de prestadores, manteniendo un compromiso de gestión. Por otro lado, si el beneficiario decide atender su patología AUGE en el sector privado, se efectuará un convenio de compra, el cual será distinto dependiendo del modelo de atención que utilice el beneficiario

Figura 8: Compra AUGE como eje central



Fuente: Presentación “El Costeo por Procesos desde la perspectiva del Financiador”, P. Lagos (2003)

4.2. ISAPREs

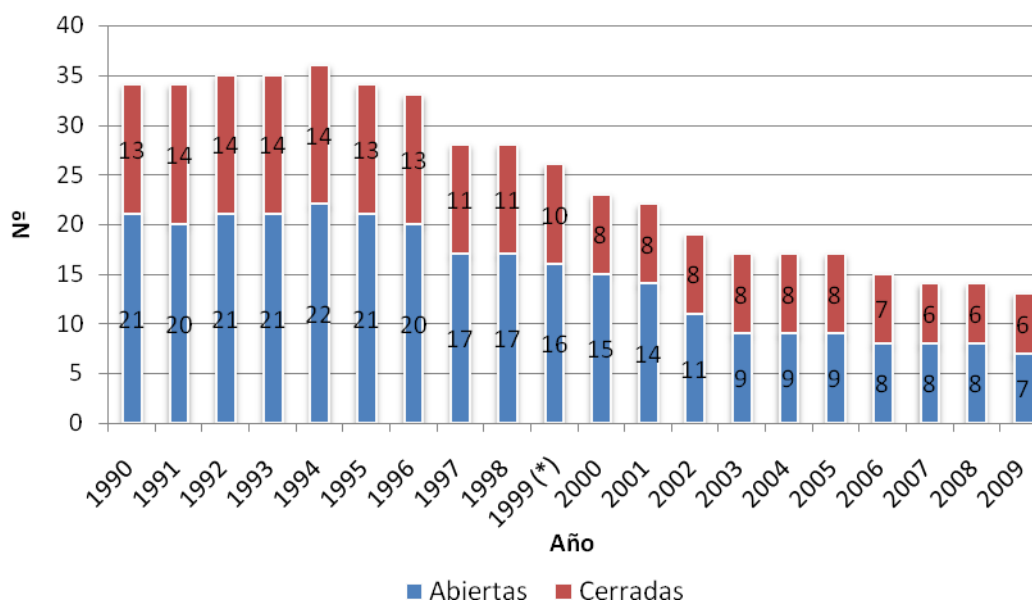
Las ISAPREs fueron creadas en 1981 como parte de las reformas concretadas por el Gobierno Militar. Con ellas se perseguía aumentar la libertad de opción en salud para las personas, la eficiencia del sistema de salud y su sensibilidad a las necesidades de las personas. Tienen por objetivo otorgar prestaciones y beneficios de salud a los cotizantes y sus cargas mediante la entrega de ellas en sus propias unidades de atención, o por medio del financiamiento de las mismas por pago a personas, hospitales, clínicas u otras instituciones pertenecientes a terceros, de hecho pueden hacer convenios con prestadores públicos para atención de urgencias, tratamiento intensivo y pensionado. La afiliación es completamente voluntaria y se formaliza por medio de un “contrato de salud” que tienen la lógica de un seguro individual donde los beneficios corresponden como mínimo a los comprendidos por el Régimen General de Garantías en Salud y en forma voluntaria se pueden pactar beneficios adicionales (Plan Complementario), los beneficios aumentan a medida que baja el riesgo y aumenta el aporte de los cotizantes, situación inversa al FONASA. El precio o prima total a pagar en una ISAPRE se compone de 2 primas, una que financia el GES y la otra el Plan Complementario. La prima GES es un precio único que fija cada ISAPRE y que deben pagar todos sus beneficiarios; este se va directamente al Fondo Compensatorio por Riesgo Inter-ISAPRE el cual financia las enfermedades GES cuando ocurre la eventualidad. Por su parte, el Plan Complementario se financia sobre la base de un sistema de prima ajustada por riesgo, donde la edad y el sexo son determinantes en la estimación del valor del contrato. La prima total se compone como mínimo de un 7% de la renta imponible (con un tope de 4,2 UF), más, en algunos casos, de primas adicionales, que permiten financiar todos los beneficios descritos con anterioridad. Adicionalmente se puede pactar un plan CAEC (Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas), seguro que cubre enfermedades caras en la red de prestadores que señale la ISAPRE

Es importante destacar que dentro del conjunto de ISAPREs existe una clasificación de acuerdo al acceso:

- *Abiertas*: reciben a toda la población con posibilidades de pagarlas. Sin embargo, la ISAPRE esta en libertad para decidir si acepta o no la incorporación de los trabajadores, pudiendo establecer de este modo mecanismos de selección en base a por una parte, condición socioeconómica del trabajador, y por otra, a una evaluación del riesgo médico del trabajador y su grupo familiar.
- *Cerrada*: aquellas que tiene una inscripción limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico.

En el Gráfico 11 vemos una notable reducción de ambos tipos de ISAPREs para el período 1990-2009, para el caso de las Abiertas en 1990 eran 21 instituciones mientras que en 2009 se redujeron a 7, sólo un tercio de la cifra inicial;

Gráfico 11: Número de ISAPREs en operación a diciembre de cada año



Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Para el caso de las instituciones cerradas estas tienen una reducción de más de un 50% pasando de 13 a 6 ISAPREs. La tabla 3 presenta los nombres de las instituciones vigentes a 2009

Cuadro 8: ISAPREs vigentes⁴² a 2009

ISAPRES ABIERTAS		ISAPRES CERRADAS	
Colmena Golden Cross S.A.	Masvida S.A.	San Lorenzo Ltda.	Río Blanco Ltda.
Cruz Blanca S.A.	Isapre Banmédica S.A.	Fusat Ltda.	Isapre Fundación
Vida Tres S.A.	Consalud S.A.	Chuquicamata Ltda.	Cruz del Norte Ltda.
Ferrosalud S.A.			

Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Es interesante mencionar que la gran mayoría de las ISAPREs que desaparecen durante el período 1997 y 2003, cerraron voluntariamente y traspasaron su cartera a otra entidad o fueron compradas o absorbidas por otras ISAPRE, en el menor de los casos el cierre fue por incumplimiento de normativa legal. Esto refleja que posiblemente estas ISAPRE tenían una capacidad de atención e internación un tanto limitada, pero útil para ISAPREs más grandes, quienes las adquirieron para ampliar su propia capacidad. A pesar de esto, no debemos desconocer, que la oferta previsional se ha visto contraída y por ende hay una mayor concentración en el mercado, lo cual no implica necesariamente una pérdida de eficiencia, ya que a pesar de que han existido continuos aumentos en los precios base de los planes (ver más adelante Gráfico 16) también las prestaciones per cápita ofrecidas (visto anteriormente en la Tabla 9) por el sistema privado han aumentado, lo que significa un mayor bienestar para estos beneficiarios, al contrario del sector público donde se han mantenido estables en torno a las 11 prestaciones.

Los hechos antes relatados, podrían tener incidencia directa en los índices de rentabilidad del sistema ISAPRE posterior al 2003 debido a la estabilización de la competencia en el mercado en un menor número de ISAPREs, es por esto que ilustramos en el Gráfico 12 tres indicadores financieros de rentabilidad: Rentabilidad del Ingreso Operacional, del Activo Total, y del Capital y Reservas, calculados en base a la utilidad después de impuesto. Advertimos como la Rentabilidad del Ingreso Operacional del sistema ISAPRE, el cual mide el rendimiento de los ingresos operacionales que son el motor de la organización, evidencia un leve aumento desde un 2,4% en 2003 hasta un máximo de 5,8% en 2005 para disminuir nuevamente y estabilizarse en torno al 2% desde 2007 hacia adelante, período en que la reforma ya

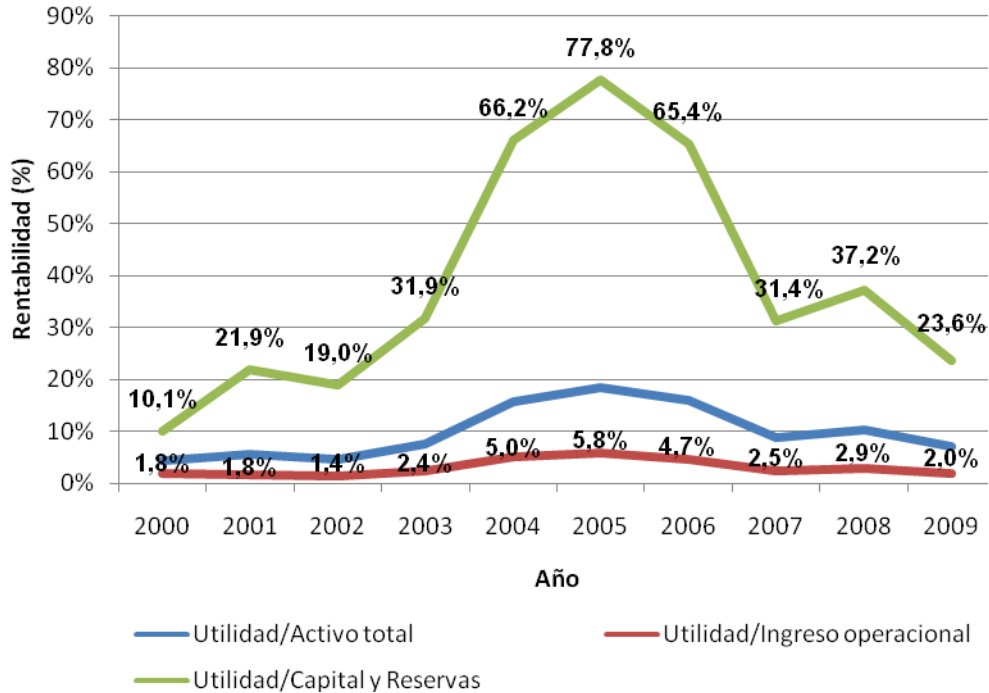
⁴² Existe una 8va ISAPRE abierta llamada Alemana Salud S.A, la cual está vigente, pero nunca ha operado.

está en implementación, lo que significa que se está controlando el alza de precios⁴³ y la estructura de la tabla de factores de riesgo utilizadas para calcular el valor de la prima, objetivos de la reforma a la Ley de ISAPRE (2005). Por lo tanto concluimos que la rentabilidad se vería afectada negativamente.

En el caso de la Rentabilidad del Capital y Reservas (Rentabilidad Financiera), que mide el retorno de la inversión realizada por los propietarios, vemos cifras notoriamente más elevadas presentando variaciones acordes con la Rentabilidad del Ingreso Operacional, aumentando de un 19,0% en 2002 hasta un 77,8% en 2005, período en que la regulación de la reforma aun no estaba vigente. Luego hay una caída estrepitosa un 31,4% en 2007, la cual se podría explicar debido al objetivo de la reforma de mantener solvencia por parte de las ISAPREs y por ende se entendería una caída en la rentabilidad de la inversión debido a la menor exposición al riesgo. Además estas inversiones son ajenas al mercado de la salud, por lo tanto dependen también de la rentabilidad de los mercados en que fueron invertidas.

⁴³ Los afiliados a ISAPRE están más dispuestos a demandar ante la Corte Suprema ante una excesiva alza en el precio de sus planes.

Gráfico 12: Indicadores de Rentabilidad Financiera Sistema ISAPRE

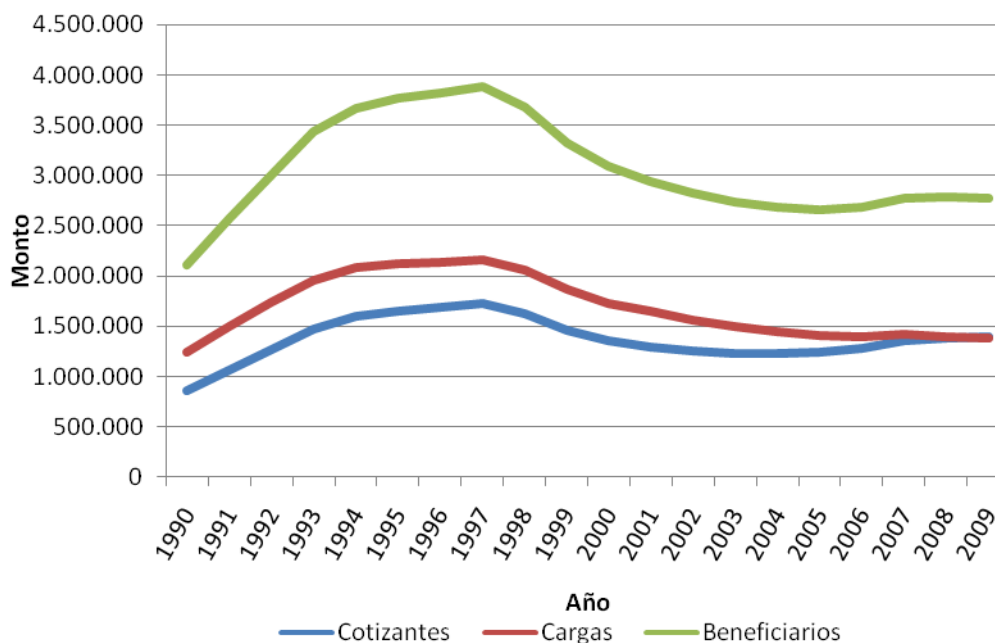


Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Continuando con el tema de la disminución en el número de ISAPREs también podemos evidenciar efectos directos en el número de beneficiarios del sistema el cual disminuye notoriamente a partir del mismo año, 1997, esto lo observamos en el Gráfico 13. Inicialmente la situación es de un rápido crecimiento entre 1990-1997 donde la cantidad de beneficiarios casi se duplica y la participación de los beneficiarios del seguro privado sobre la población nacional para 1997 alcanza un 26,1%. Posteriormente viene un proceso de disminución en el número de estos pero de manera más gradual, para establecerse en el rango de los 2.500.000 a 3.000.000 beneficiarios entre 2001-2009. Hay un ligero crecimiento⁴⁴ entre 2005 y 2008, para luego disminuir levemente en 2009, año que coincide con la crisis financiera mundial (*Subprime*) alcanzando la cifra de 2.776.572 de beneficiarios, periodo en que la participación es 16,3% sobre la población total.

⁴⁴ En este período, está en implementación la reforma a la Ley de ISAPRE cuya promesa en una mayor regulación sobre estos seguros, lo que redundará en una mayor confianza en el sistema y por ende un leve aumento en el ingreso.

Gráfico 13: Cotizantes, Cargas y Beneficiarios Vigentes del Sistema ISAPRE (a Dic. de cada año)

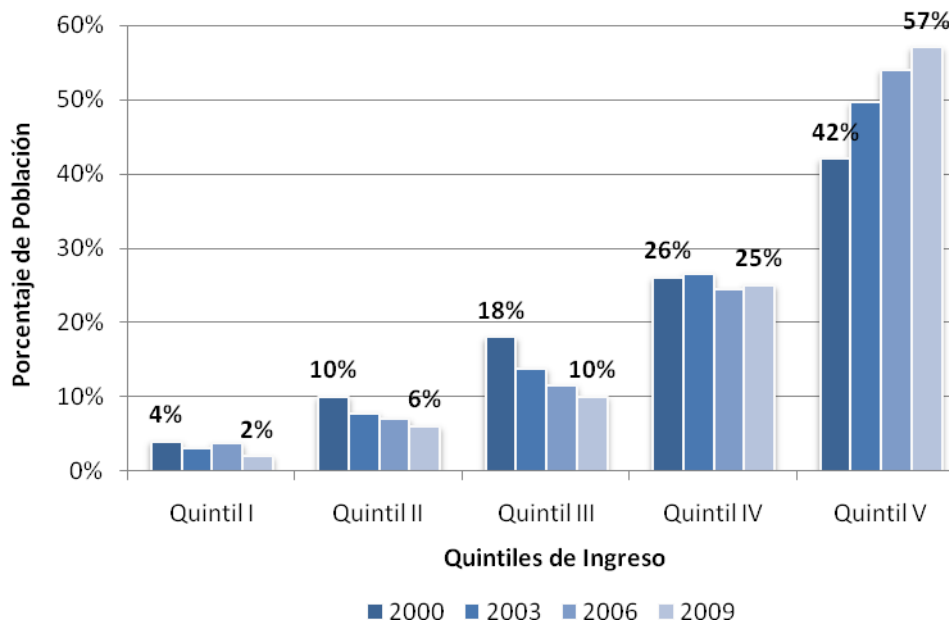


Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Como ya habíamos mencionado antes, la evolución de la distribución de la cartera de beneficiarios de FONASA no era homogénea, con el seguro privado ocurre lo contrario, el peso relativo de los beneficiarios de ISAPREs (Ver Gráfico 14) del primer quintil disminuyó 2 puntos porcentuales, mientras que el peso de los beneficiarios del quinto quintil aumentó 15 puntos porcentuales, quedando de manifiesto, que hay una tendencia más uniforme en el seguro privado de concentrarse en los beneficiarios de mayores ingresos. Los quintiles II y III han perdido 4 y 8 puntos porcentuales respectivamente de participación, en cambio el IV ha permanecido casi estable con una leve caída de 1 punto porcentual. Es necesario recalcar que la variaciones anteriores son en base a pesos relativos o participación sobre el número de beneficiarios del seguro y no sobre números absolutos, los que como ya hemos visto han disminuido, por lo tanto el aumento visto en el V quintil, no representa un aumento en el ingreso de este tipo de beneficiarios.

A modo de comparación y resumen presentamos en el gráfico...la variación porcentual de beneficiarios por quintiles de ingresos para ambos seguros del sistema de salud, entre los años 2000 y 2009.

Gráfico 14: Evolución de la cartera de Beneficiarios ISAPRE según quintil de ingreso



Fuente: “La Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020”, Instituto Salud y Futuro (2011)

Corroborando el análisis anterior vemos en la Tabla 13 que la variación en ISAPREs entre 2000 y 2009 cae fuertemente para los dos primeros quintiles de ingreso (40% más pobre) e incluso para el quintil medio, mostrándonos que cada vez son menos los beneficiarios de menores ingresos (respectivo a cada quintil) que permanecen en el seguro privado; y por el contrario aumenta un 20, 7% la afiliación de los beneficiarios del 20% más rico de la población. Para el caso de FONASA vemos como los beneficiarios del primer quintil mantienen una gran participación en la cartera y que la variación, si bien cae, tan solo es un 1,2% para el periodo analizado. La cantidad de individuos en el resto de los quintiles aumentan todos su afiliación a FONASA, donde los quintiles III y IV siguen representado una parte importante de la cartera.

Tabla 13: Distribución de beneficiarios por quintiles ingresos 2000-2009.

	Quintil I (miles)	Quintil II (miles)	Quintil III (miles)	Quintil IV (miles)	Quintil V (miles)
FONASA 2000	3.244.477	2.718.194	2.039.532	1.463.160	692.324
FONASA 2009	3.204.267	3.130.148	2.777.992	2.200.135	1.191.684
Variación	-1,2%	15,2%	36,2%	50,4%	72,1%
ISAPRE 2000	132.397	294.750	543.908	816.265	1.304.875
ISAPRE 2009	68.666	164.060	287.212	681.278	1.575.356
Variación	-48,1%	-44,3%	-47,2%	-16,5%	20,7%

Fuente: "La Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020", Instituto Salud y Futuro (2011)

Debemos destacar que si bien el 20% más rico presenta un alto crecimiento (72,1%) la cifra final para 2009 aún está lejos de acercarse a la cifra de beneficiarios del 40% más pobre (quintiles II y II).

“Este cambio en la estructura de la cartera de beneficiarios por ingresos da cuenta de tres fenómenos, por un lado un fuerte incremento en los precios de los planes de ISAPRE por un alza en los costos⁴⁵; una paulatina selección adversa que se está produciendo en las ISAPREs en que la población menos sensible al precio se va quedando (altos ingresos y de mayor siniestralidad esperada) y, finalmente, el ingreso masivo de personas con seguros de salud complementarios al FONASA (La Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020, Instituto Salud y Futuro (2011)).

Volviendo al análisis del Gráfico 13, el número de cotizantes y cargas sigue la misma tendencia que la cantidad total de beneficiarios del seguro privado pero se ve que disminuye la brecha entre ellas desde el 2000 en adelante, vislumbrándose que puesto que el número de beneficiarios viene recortándose, las cargas correspondientes también disminuyen; pero en menor cuantía disminuye el número de cotizantes, hasta llegar a cifras similares en 2009. Esto podría significar que quienes salen del sistema son en mayor parte las cargas de los cotizantes, que debido a temas demográficos ahora podrían estar ingresando como cotizantes en el seguro privado (o en el público),

⁴⁵ El alza en los costos hace referencia al modelo prestacional.

según cifras de la Superintendencia de Salud, las cargas promedio por cotizante en 1990 eran 1,4 mientras que en 2009 se redujo a 1,0 como se muestra en la Tabla 14.

Tabla 14: Cargas promedio por cotizantes del sistema ISAPRE

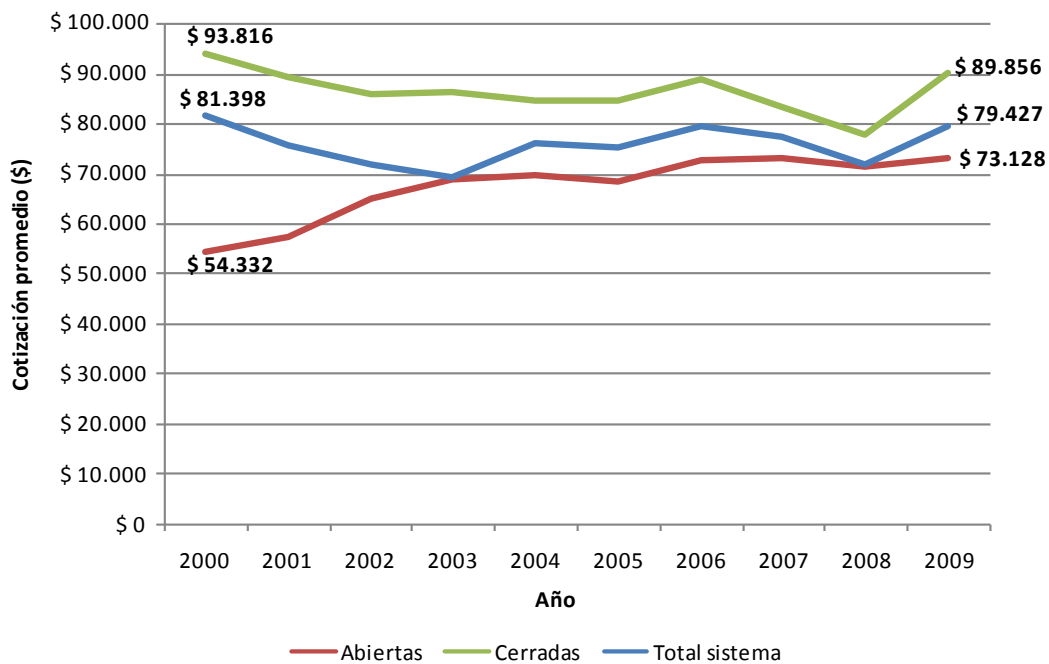
Isapres	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Abiertas	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,3
Cerradas	2,2	2,2	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8
Total sistema	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,3	1,3

Isapres	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Abiertas	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0
Cerradas	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5
Total sistema	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2	1,1	1,1	1,0	1,0	1,0

Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Los cotizantes al momento de ingresar al sistema deben acordar el contrato de salud con la institución, como ya mencionamos antes, en la cual se fija el tipo de cobertura, los planes, y el monto de la cotización (más del 7% obligatorio por lo general), el siguiente gráfico muestra la evolución del nivel de la cotización promedio anual en pesos acordada con el sistema ISAPRE.

Gráfico 15: Cotización pactada promedio anual del Sistema ISAPRE (en pesos de Dic de 2009)

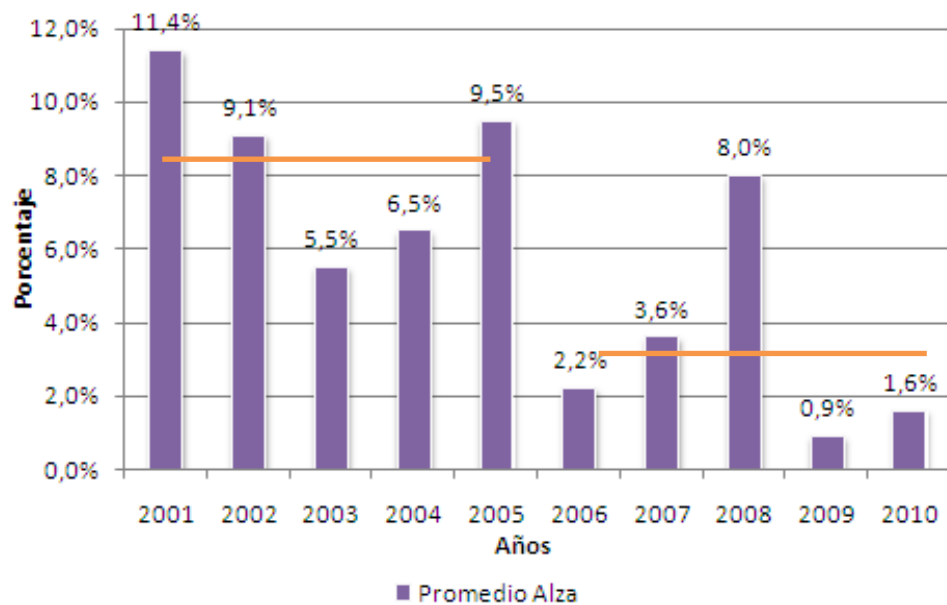


Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Observamos que la cotización anual promedio (Gráfico 15) del sistema en todo el periodo es mayor que para las instituciones abiertas, puesto que el costo en las cerradas es más alto, por lo que lleva al alza el promedio del sistema. Para el caso de las ISAPRE abiertas la cotización va en constante y gradual aumento pasando de \$54.332 en 2000 a \$73.128; para las cerradas, la cotización disminuye desde \$93.816, luego se recupera en 2005 para caer notoriamente de 2006 a 2008, recuperándose para 2009 alcanzando los \$89.856. Junto a este análisis es importante destacar la evolución del promedio de las alzas de los precios base de las ISAPREs, ya que el nivel de cotización nos da pie a la elección de la cobertura deseada pero considerando los respectivos precios de los planes. En el Gráfico 16 vemos que estos han sido crecientes en el tiempo, es decir año tras año los precios bases aumentan, lo que claramente deja en evidencia el problema de contención de costos que trataremos posteriormente y que se refleja en estas alzas. No obstante, para algunos años esta alza es mayor como es el caso del año 2001 y 2002 donde la variación fue de un 11,4% y 9,1% respectivamente, luego cae el alza a cifras entorno al 5-6% para 2003 y 2004, para volver a presentar un alza importante en 2005 con un 9,5%.

Coincidentemente para el periodo posterior a la reforma AUGE/GES las cifras caen drásticamente en torno al 1-4%, con la única excepción del año 2008, en que el alza fue de un 8%. Finalmente, para el periodo 2001-2005 el promedio de alza fue de un 8,4%, mientras que para el periodo 2006-2010 posterior a la reforma la tasa de crecimiento cae a un 3,3%, debido a un mayor control y vigilancia, rol ejercido por la Superintendencia de Salud, y también por el nivel de maduración del mercado en donde las ISAPREs ya tiene definido su nivel de participación.

Gráfico 16: Evolución del Promedio de las alzas de Precios Base 2001-2010.



Fuente: Manuel Inostroza, Instituto Salud y Futuro (2010)

En conclusión, el promedio de alzas de los precios base se ha visto reducido como respuesta de las ISAPREs a la mayor competencia de FONASA, dificultando el libre aumento de precios. A lo anterior se suma la mayor regulación a las alzas por medio del mayor control a la tabla de factores de riesgo y también a las garantías financieras prometidas por la Reforma GES.

4.2.1. Administración del Riesgo.

“El riesgo subjetivo (Moral Hazard) se define como la propensión que tienen las personas aseguradas a reducir sus acciones orientadas a prevenir el evento asegurado, y por lo tanto a aumentar las probabilidades de ocurrencia de dicho evento...En el mercado de seguros de salud, quienes están asegurados pueden descuidar su salud o bien pueden ser menos conservadores en el momento de decidir qué servicios de salud consumir”. (R. Bitrán, F. Almarza, 1997). Con el propósito de protegerse de este riesgo es que las aseguradoras han creado el mecanismo de copagos, de modo que al demandarse el servicio, el asegurado deba realizar un pago de su bolsillo. Debido al riesgo, mientras menor sea el copago que el seguro exige, mayor será la prima.

Las ISAPREs disponen de 3 instrumentos para atenuar el riesgo:

- **Limites:** pueden ser en el número de prestaciones, el cual está prohibido por la reforma a la Ley de 1995, o en el monto.
- **Copagos:** representan la proporción del precio de la prestación médica que debe asumir el cotizante. La ley establece un límite mínimo de coseguro (cobertura a cargo de ISAPRE, 25%), de modo que el copago no puede ser superior al 75%
- **Cargos Deducibles:** el cotizante paga el total de los gastos médicos en que incurre hasta un cierto monto que se conoce como “deducible”. Si los gastos exceden del deducible, la aseguradora paga el total de la diferencia entre los gastos y el monto del deducible. Con esto se busca disminuir los gastos administrativos frente a eventos de menor cuantía. El único cargo deducible que se permite tanto en FONASA como en las ISAPREs, afecta el pago de licencias médicas por enfermedad. Los primeros 3 días de licencia no se pagan al asegurado cuando la licencia dura 10 días. Si es 11 días o más se pagan todos los días.

La demanda por seguros de salud surge del deseo de las personas por eliminar la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno que atente financieramente a la familia, vía ingresos o patrimonio familiar, como por ejemplo un siniestro de salud de alto costo. Por lo mismo se esperaría que la demanda por seguros de salud fuese principalmente por la cobertura de eventos de baja probabilidad de ocurrencia y de alto costo de tratamiento. Ello no es así, sin embargo muchos planes de salud utilizan los mecanismos de copago y límites que en esencia no reducen la probabilidad de ocurrencia de una catástrofe financiera, sino más bien reducen el gasto de bolsillo del beneficiario para eventos de salud más probables y esperables y de menor costo.

Si las cotizaciones no fueran obligatorias, aún cuando si fuera obligatorio poseer un seguro de salud, la mayoría de las personas elegirían adquirir seguros para catástrofes solamente, dejando sin asegurar los eventos de mayor frecuencia y menor costo, como por ejemplo una gripe, o asegurándolos parcialmente. El que el grado de aseguramiento sea limitado para algunas personas en el sistema de ISAPREs responde, entonces, a la obligatoriedad de la cotización. Esto es reforzado por el hecho de que existe un sector público que finalmente está dispuesto a acoger a quienes son incapaces de cubrir de su bolsillo en costo de sus eventos catastróficos de salud, discutiremos esto más adelante cuando hacemos referencia al tema de la selección de los afiliados lo que ha generado cierto traspaso de los individuos con mayor edad y cronicidad, que las ISAPREs han discriminado gracias a algunas técnicas que poseen.

4.2.2. Selección Adversa

“Se entiende por Selección Adversa aquel fenómeno en virtud del cual quienes prevén hacer un mayor uso de los servicios cubiertos por el seguro manifiestan una mayor propensión a asegurarse” (R. Bitrán, F. Almarza, 1997). En el mercado de los seguros de salud quienes esperan hacer un mayor uso de los servicios de salud cubiertos por el seguro tiene una mayor tendencia a comprar el seguro que cualquier otro individuo. La selección se genera básicamente por el problema de asimetrías de información ya que los individuos que buscan asegurarse y acuden al mercado conocen mejor su estado actual y esperado de salud que la empresa aseguradora. Para ello las aseguradoras

poseen algunos mecanismos para eliminar parte de la selección adversa. Estos incluyen

1) La suscripción de un numeroso grupo de personas, donde por la ley de los grandes números el riesgo individual se reparte entre todo el conjunto y la mancomunidad de este grupo presenta un riesgo médico agregado no diferente al de la población en general

2) La fijación de exclusiones a través de las cuales quedan fuera de seguro ciertos problemas de salud preexistentes o de alto costo.

3) El sometimiento de los postulantes al seguro de salud a exámenes médicos y a un análisis de su historial clínico para identificar quienes tienen mayores riesgos. (R. Bitrán, F. Almarza).

Debido al fenómeno de la Selección Adversa es que los seguros vendidos son más caros cuando es para una sola persona a diferencia de aquellos vendidos a grupo; esto sucede porque el asegurador invierte más recursos en evaluar el riesgo del individuo y también porque se protege contra la posibilidad de no haber detectado problemas médicos cobrando una mayor prima que a los individuos pertenecientes a un grupo.

4.2.2.1. Mecanismos de Selección usados por las ISAPREs

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

- *Contratos Colectivos*: La ISAPRE negocia con un grupo de trabajadores pertenecientes a una empresa en vez de hacerlo de manera individual.
- *Enfermedades Preexistentes*: Sólo se cubren las prestaciones originadas en enfermedades preexistentes indicadas en la Declaración de Salud, pudiendo aplicar la ISAPRE una cobertura restringida, por un plazo máximo de dieciocho meses, contado desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario. Durante este período, las prestaciones correspondientes deberán ser bonificadas, al menos, según la cobertura mínima del 25% de la cobertura

que ese mismo plan le confiera a la prestación genérica correspondiente o la cobertura que otorga el FONASA en la modalidad de libre elección. Tratándose de cobertura para enfermedades preexistentes no declaradas y siempre que el contrato se mantenga vigente, no se otorgará cobertura por el periodo de 5 años contado desde la suscripción del contrato o de la incorporación del cotizante o beneficiario, a menos que se acredite justa causa de error.

- *Examen Médico a postulante:* Permite discriminar entre enfermos y sanos, sin embargo no se aplica mucho debido a que es una estrategia poco costo eficiente.
- *Reconocimiento de hábitos poco saludables:* Las ISAPREs no hacen los esfuerzos para conocer y señalar los hábitos dañinos a la salud de sus potenciales o actuales beneficiarios: tabaquismo, alcoholismo, obesidad, sedentarismo, etc. Al no usar estas herramientas, en el sistema se genera un subsidio cruzado desde los más sanos hacia el resto.
- *Período de espera:* Se establece una menor cobertura para ciertas enfermedades o prestaciones durante un período de tiempo limitado, a contar de la afiliación de un nuevo individuo. Esto reduce la selección adversa para enfermedades agudas, en el caso en que el paciente se inscribe en la ISAPRE con el propósito de obtener el financiamiento de la prestación, el caso más típico es el embarazo. Por ley esta práctica está prohibida excepto para enfermedades preexistentes y el embarazo.
- *Exclusión de Enfermedades:* son muy pocos los casos que permite la ley excluir la atención. De estas las enfermedades preexistentes son las más relevantes.

4.2.2.2. Selección de los Afiliados

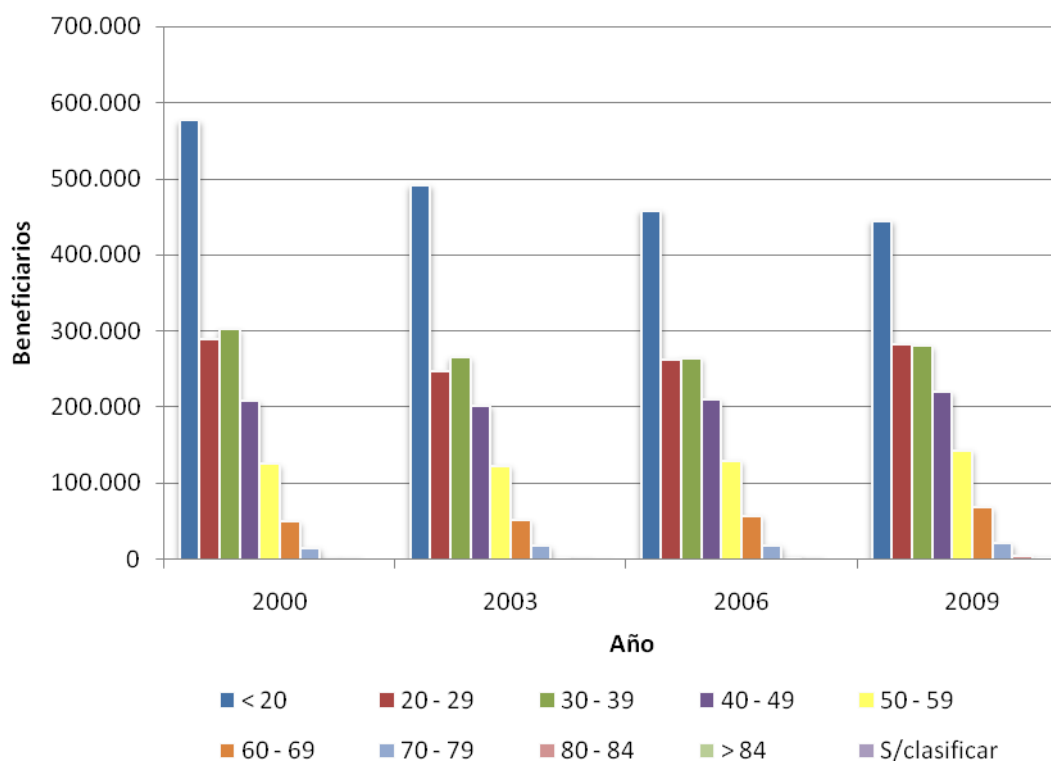
Retomando un tema anterior, cuando la ISAPRE conoce el riesgo médico de un asegurado, puede aumentar la prima que él paga o bien puede no admitirlo. No obstante, para evitar la discriminación arbitraria, la ley de ISAPREs establece que éstas sólo pueden fijar primas discriminadas en base a la edad y sexo de los cotizantes. Sin embargo persiste la posibilidad de no permitir el acceso porque la ley no

obliga a las ISAPREs a aceptar a todos quienes postulan a ella. Primero, si observamos en los Gráfico 17⁴⁶ distribución de los hombre por rango de edad, vemos que principalmente se favorece la incorporación de estos para menores de 20 (por el bajo riesgo que presentan) y entre 20 y 39 años, si bien para el primer grupo hay una tendencia decreciente en el período, para los hombres entre 20-39 años hay una diferencia leve entre 2000 y 2009. Esta incorporación es claramente en desmedro de los hombres mayores de 50 años y particularmente los mayores de 60. En el caso de las mujeres, en el Gráfico 18 también tenemos una mayor incorporación para menores de 20 años pero cuya cifra disminuye drásticamente durante el período, también se favorece al grupo entre 20-29 quienes se mantiene más estables en el seguro privado y por último el grupo que comprende mujeres entre los 30-39 las cuales también tiene una caída notoria entre 2000 y 2009. Posteriormente volveremos a este tema en la última sección cuando discutamos el tema de Equidad.

A través de un análisis de siniestralidad individual y grupal, se puede lograr conocer el riesgo de la cartera de beneficiarios y con esta información rediseñar los planes a través del tiempo, con el propósito de ir limitando la siniestralidad del conjunto, teniendo los beneficiarios el derecho a protestar si sienten que su nuevo plan alternativo es inferior.

⁴⁶ Ver cifras de Gráficos 17 y 18 en tabla 23 y 24 de Anexo.

Gráfico 17: Beneficiarios sexo Masculino según tramo de edad.

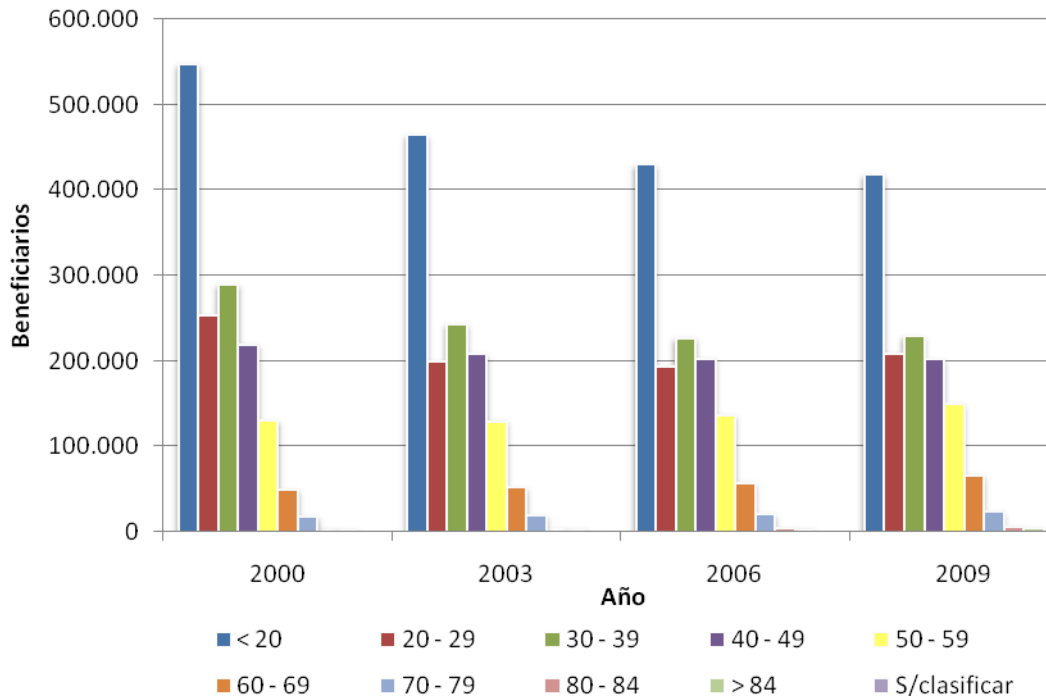


Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Se dan otras situaciones que pueden derivar en la selección de los afiliados. Por ejemplo el caso de los afiliados que abandonan involuntariamente su ISAPRE al quedar cesantes, ya que no pueden continuar pagando sus cotizaciones, y si estos individuos tenían un historial médico conocido por el asegurador, al querer ingresar nuevamente su condición médica puede ser considerada como una preexistencia. O bien el asegurador puede protegerse ejerciendo su derecho a rechazar la postulación al seguro de este individuo, o permitiendo su aceptación pero a planes con menor cobertura y mayor prima. En resumidas cuentas, algunos afiliados quedarán mal asegurados o simplemente fuera del sistema. Entonces aún cuando las ISAPREs no puedan expulsar a las personas con mayor riesgo de enfermar, disponen de los mecanismos que les permiten excluir a las personas más riesgosas. Frecuentemente

esto lleva a que personas afiliadas en algún momento a una ISAPRE, deban abandonar el sistema privado e incorporarse a FONASA.

Gráfico 18: Beneficiarios sexo Femenino según tramo de edad



Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

4.2.3. Mecanismo de pago a Proveedores

El sistema de ISAPRE funciona principalmente a través del esquema de la libre elección de los proveedores, es decir, los beneficiarios deciden el oferente de las prestaciones médicas conforme a sus preferencias y a los precios (copago), haciendo amplio uso de su libertad de elección. Por su parte, y salvo excepciones, los oferentes son reembolsados en forma retrospectiva de acuerdo a los servicios prestados, mecanismo conocido como pago por prestaciones o por su nombre en inglés “fee for service”. Esta forma de pago hace que la remuneración al prestador de elección del usuario contraste con las modalidades de atención del sector público. Sin embargo la combinación de la libre elección y el pago retrospectivo por las prestaciones, acarrea una serie de problemas que mencionaremos brevemente y que pueden opacar las

ganancias en materia de satisfacción del usuario debido a los incentivos positivos que genera en la competencia el mecanismo en cuestión:

- 1) El sometimiento de la demanda a la oferta, tras esto se vislumbra el concepto de la “Inducción de la Demanda” por parte de los prestadores, lo cual no necesariamente es malo ya que debemos recordar las asimetrías de información presentes en el mercado, donde un médico siempre será quien tenga mayor información acerca del diagnóstico y posterior tratamiento de una enfermedad o consulta. Con este argumento, los beneficios de la libre elección pierden bastante fuerza.
- 2) Inexistencia de “Puertas de Entrada” al sistema de salud privado. De este modo, el beneficiario acude a prestador después de haber auto-diagnosticado el tipo de dolencia que le afecta, en vez de recurrir a un médico general para que le provea un primer diagnóstico y le derive, si es necesario, al especialista adecuado. Con el actual sistema puede suceder que un beneficiario acuda a un especialista equivocado, quien podría derivar la persona al especialista correcto o realizar la prestación sin contar con las ventajas comparativas necesarias. La sucesión de estos múltiples eventos nos da una idea del nivel asociado de ineficiencia.
- 3) Por último, como fuente de ineficiencia, tenemos el sistema de pagos que reembolsa a los prestadores por las atenciones prestadas. En este esquema el prestador actúa libre de riesgo financiero, el cual es absorbido completamente por los demandantes (intermediados por las aseguradoras). “Por ello el prestador no tiene los incentivos necesarios para contener los costos del sistema, de hecho sucede lo contrario, lo más probable es que los costos aumenten en respuesta a acciones que benefician al prestador del servicio de salud: minimizar el riesgo de las intervenciones, satisfacer a plenitud al

consumidor⁴⁷ en presencia de un tercer pagador y utilizar nuevas tecnologías sin mayor preocupación por su costo-efectividad” (O. Larrañaga, 1997).

Por los argumentos mencionados recientemente el pago retrospectivo es una modalidad muy poco usada en los sistemas de salud en el mundo. Los mecanismos que más aplican son aquellos que permiten traspasar parte del riesgo financiero al proveedor, dentro de estos se puede mencionar: pagos prospectivos per cápita, pagos asociados a diagnóstico, presupuestos globales y otros. “En cambio, en el caso del sistema de pago retrospectivo por atenciones el objetivo de contención de costos queda circunscrito a la esfera de los instrumentos de demanda (copagos y similares), lo cual puede restringir excesivamente el acceso a la salud y atender contra el objetivo de seguridad que los sistemas de salud deben proveer a sus poblaciones usuarias” (Ellis and Mc Guire, 1993).

4.2.3.1. Contención de Costos

“El problema más importante que han experimentado los sistemas de salud en los países de mayor desarrollo económico durante los últimos años ha sido la explosión de costos” (Hoffmeyer y McCarthy, 1994). Este fenómeno se vería agudizado principalmente por la incorporación de los seguros privados al sistema de salud y por el advenimiento de modelos de alta complejidad. Lo anterior no deja de suceder en Chile, la tendencia que exhiben los costos de salud presentan un patrón similar a la evolución de los ingresos del sistema, lo cual es totalmente lógico si pensamos en la conducta optimizadora de las instituciones dentro de un marco de competencia lo que lleva a que el crecimiento de los costos esté alineado con la expansión de los ingresos.

“El resultado anterior se origina en el hecho que las primas de los seguros están determinadas por la fracción del 7% de los ingresos que debe destinarse a tal efecto. Ello establecería una diferencia cualitativa respecto de aquellos sistemas donde la prima del seguro es determinada libremente por el mercado” (O. Larrañaga, 1997). No

⁴⁷ El usuario acepta otras prestaciones inducidas si tener conocimiento del valor marginal de éstas sobre el valor final de la prestación.

obstante, es necesario realizar algunas calificaciones previas a la derivación de conclusiones más definitivas. Primero tenemos que considerar la evolución del gasto per cápita en copagos como porcentaje del valor facturado per cápita, el cual es obtenido como la diferencia entre el monto per cápita de las prestaciones facturadas y bonificadas (ambas a pesos de diciembre de 2009) sobre el valor facturado per cápita. Las cifras expuestas en la Tabla 15 nos muestran cómo ha ido variando el nivel de copago, aumentando desde 2002 y alcanzando un peak en 2005 con un 35,78% para disminuir posteriormente y llegar al valor de 31,9%, la cual es muy similar a la de inicios de la década. Por otro lado, el aumento hasta 2005 causa que la relación entre gasto en copagos y gasto operacional (per cápita) de las ISAPREs que se presenta en la Tabla 16, se incremente desde un 32,3% en 2002 a un máximo de 35,3% en 2005. Por lo tanto, este argumento explica en parte el crecimiento explosivo de los costos hasta el 2005, ya que desde 2006 vemos en la tabla como disminuye la participación del copago dentro del gasto en prestaciones (facturadas), así como también el ratio monto copago/gasto operacional (per cápita), periodo en que se inicia la puesta en marcha de la reforma AUGE/GES, lo que podría explicar que no continúe la tendencia, debido a la mayor cobertura y las garantías de acceso y financiamiento como objetivos de la reforma.

Tabla 15: Nivel y participación del Copago (en millones de pesos de 2009)

Año	Monto Facturado	Monto Bonificado	Monto Copago	Beneficiarios	Facturado Per Cápita	Copago Per Cápita	% Copago Per Cápita
2001	\$ 776.391	\$ 532.431	\$ 243.960	2.940.795	\$ 264.007	\$ 82.957	31,4%
2002	\$ 786.075	\$ 539.767	\$ 246.308	2.828.228	\$ 277.939	\$ 87.089	31,3%
2003	\$ 798.450	\$ 539.255	\$ 259.196	2.729.088	\$ 292.570	\$ 94.975	32,5%
2004	\$ 897.974	\$ 584.401	\$ 313.573	2.678.432	\$ 335.261	\$ 117.073	34,9%
2005	\$ 782.076	\$ 501.965	\$ 280.111	2.660.338	\$ 293.976	\$ 105.291	35,8%
2006	\$ 815.469	\$ 534.644	\$ 280.825	2.684.554	\$ 303.763	\$ 104.608	34,4%
2007	\$ 1.098.622	\$ 736.935	\$ 361.687	2.776.912	\$ 395.627	\$ 130.248	32,9%
2008	\$ 1.103.362	\$ 753.623	\$ 349.739	2.780.396	\$ 396.836	\$ 125.788	31,7%
2009	\$ 1.232.849	\$ 839.717	\$ 393.132	2.776.572	\$ 444.018	\$ 141.589	31,9%

Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Segundo, debemos considerar que la recaudación por cotización adicional voluntaria como porcentaje de la cotización obligatoria ha crecido continuamente desde

un 9% en 1990 a un 25% en 2000 para llegar a un 37% en 2009⁴⁸ implicando que los beneficiarios están optando por planes cada vez mejores y más caros. Por ende la cotización adicional voluntaria ha ganado peso relativo (la cotización obligatoria como cifra absoluta también ha aumentado) y en consecuencia la cobertura y gastos deberían ser mayores en caso de ejercerse la prestación. Tercero y último, las cifras de gasto promedio están influenciadas por los cambios que ha experimentado la distribución de los beneficiarios de las ISAPREs, la cual se ha expandido hacia niveles de ingresos más altos (como peso relativo), como ya lo hemos enunciado con anterioridad en base al Gráfico 14 de la evolución de la cartera de beneficiarios de ISAPRE por quintil de ingreso.

Tabla 16: Ratio Copago/Gasto Operacional (per cápita)

Año	Copago Per Cápita	Gasto Operacional per cápita	Ratio %
2001	\$ 82.957	\$ 257.185	32,3%
2002	\$ 87.089	\$ 269.602	32,3%
2003	\$ 94.975	\$ 283.985	33,4%
2004	\$ 117.073	\$ 293.446	39,9%
2005	\$ 105.291	\$ 298.103	35,3%
2006	\$ 104.608	\$ 315.976	33,1%
2007	\$ 130.248	\$ 336.206	38,7%
2008	\$ 125.788	\$ 358.016	35,1%
2009	\$ 141.589	\$ 393.110	36,0%

Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Todos estos antecedentes sugieren que el gasto por beneficiario en prestaciones de salud, controlando por nivel de ingreso de las prestaciones, ha experimentado un alza importante durante la década e incluso desde antes. Esto se manifiesta directamente con una mayor satisfacción usuaria en relación al sistema de salud. De acuerdo al estudio de opinión Criteria Research (2009) se califica a las ISAPREs con nota promedio 5,2, por sobre FONASA con un 4,8 (la que también presenta un aumento) para 2008. También se expone las preferencias de modo que

⁴⁸ Ver más detalle en la Tabla 22 construida que se presenta en el Anexo.

dentro de la submuestra ISAPRE el 76% prefiere pertenecer a ella, mientras que a la submuestra de beneficiarios de FONASA sólo un 56% prefería FONASA, en el año 2008

Por último debemos reconocer la interrelación de los costos e ingresos entre los sistemas público y privado. En efecto, el ingreso medio del cotizante de las ISAPRE es determinado por el ratio beneficio/costo que el usuario espera encontrar en este sector versus la alternativa provista por FONASA. Mientras mejor sea la alternativa ISAPRE respecto a FONASA, mayor será la población que se una a ISAPRE y menor será el ingreso del cotizante promedio del sector. Por otro lado, existe una hipótesis razonable que postula que los costos de los insumos del sector público dependen positivamente del nivel de actividad que se genera en el sector privado, la cual afecta directamente la demanda por los insumos de salud y eleva los precios del mercado en general.

CAPITULO III: Equidad

Este último capítulo pretende revisar el concepto de Equidad aplicado al ámbito de la salud. La equidad se refiere no sólo a las formas en que se resuelve un problema sanitario sino a éstas en relación con la situación social y estados de salud de cada individuo que reciben las prestaciones, lo cual está directamente relacionado con el bienestar y calidad de vida de los individuos. En la medida en que estos empeoren debido a la falta o mala calidad de la salud, impedirá el normal desempeño de la vida humana. Por esta razón, los criterios de asignación y distribución de los recursos destinados al cuidado de la salud están fuertemente influenciados, por los juicios éticos que prevalecen en cada sociedad.

El análisis de equidad es bastante complejo debido al carácter normativo del concepto, y a la existencia de juicios éticos diferentes al interior de una sociedad. De este modo, mientras haya situaciones que generan un consenso relativo en la sociedad, también hay otras que provocan discordia en la sociedad, al provocar un enfrentamiento entre concepciones de equidad, que aún siendo contrarias, pueden ser ambas legítimas. La resolución de estos conflictos corresponde en última instancia a la esfera del proceso político, donde los intereses y valores que poseen los distintos grupos de la población debieran ser compatibilizados. El debate público sobre materias de equidad en el sistema de salud chileno enfatiza elementos críticos sobre el funcionamiento del sector. Quizás el más importante se refiere a la falta de equidad de un sistema que divide a la población entre ricos y pobres según la respectiva afiliación a los sistemas ISAPRE y FONASA. (Larrañaga, 1997)

1. Ámbitos de Equidad

El concepto de Equidad se refiere tanto a las formas de financiamiento como a las formas en que se suministran los bienes y servicios de salud. Para el caso de la

equidad en las formas de financiamiento, la equidad horizontal se manifiesta en que todos los individuos de la sociedad paguen lo mismo por un servicio dado; y habría equidad vertical si, además, los pagos se organizaran de acuerdo a la capacidad de pago de los individuos, de modos que los más ricos paguen una mayor cantidad que los más pobres. Por otro lado, el concepto de equidad aplicado al suministro de servicios de salud, implica que no existan diferencias en las prestaciones de salud donde las necesidades sean iguales (equidad horizontal) o que existan servicios de salud donde están presentes mayores necesidades (equidad vertical), (Protección Social en Salud en Chile, FONASA, 2007). Se estima que si una persona tiene el mismo estado de salud que otra, el principio de equidad horizontal exige que ambos reciban el mismo tratamiento. Sin embargo si es que alguno de ellos tuviera menos instrucción y no asume (o entiende) las instrucciones de su médico, entonces debería recibir un tratamiento diferente.

Es sumamente importante destacar que “*desigualdad*” no es sinónimo de inequidad ya que esta última es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar como inequidad una desigualdad, no es tan sencillo ya que implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas. Este es el tema central de la siguiente discusión aplicada a nuestro mercado de salud.

2. Problemas de Equidad en el Sistema Chileno

En grandes sectores de la sociedad chilena hay unanimidad de que existen obvias e importantes muestras de inequidad derivadas tanto de la dualidad del sistema salud como del funcionamiento del subsector privado. Como ya se había mencionado, esta falta de equidad divide a la población entre ricos y pobres, no obstante, también se evidencia problemas de equidad en la conveniencia de los subsidios públicos que benefician al sistema privado; en los seguros privados que discriminan a personas de alta siniestralidad como las mujeres de edad fértil, los ancianos y los enfermos crónicos; la redistribución que ocurre en el sistema FONASA desde personas de ingresos medios a aquellas de bajos ingresos.

La primera dimensión que se tiene en mente para evaluar equidad es la calidad de atención entre diferentes grupos, pero dada la información que proveen los servicios de atención de salud no se pueden conocer antecedentes sobre la calidad que reciben los beneficiarios de cada sistema. La única información que podría hacer comparable son los procedimientos establecidos para las enfermedades AUGE/GES, pero aún así no se puede estandarizar la calidad del conjunto de prestaciones. De todos modos, podemos indicar que los establecimientos de salud (hospitales, clínicas, laboratorios, entre otros) están comenzando un proceso de acreditación, en un principio voluntario, que busca garantizar un mínimo de calidad en la prestación otorgada. Por lo tanto no podemos hacer una revisión acerca de equidad en la calidad de la atención recibida.

El sistema dual que caracteriza el caso chileno origina dos preguntas centrales en materia de equidad:

1. ¿Es equitativo un esquema que asigna a las personas según su nivel de ingresos en sistemas que ofrecen distintos grados de acceso a las prestaciones de salud?
2. ¿Responde a consideraciones de equidad la diferenciación de personas según su nivel de riesgo médico entre los sistemas de salud?

Las cifras sostienen en la Tabla 17 que para 2000 el gasto per cápita asistencial para el sector público asciende a \$69.800, mientras que en el sector privado esta cifra más que se duplica alcanzando los \$181.300; también construimos el Índice de Gasto per Cápita como el cociente entre el gasto per cápita público y el gasto per cápita privado, lo cual corresponde a la participación del primero sobre el segundo. Este índice nos ayuda a evidenciar mejoras en la distribución del ingreso en la medida que sea más alto. Para el año 2000 el índice alcanza un 0,38, y luego a lo largo de los años, se evidencia un crecimiento en el gasto per cápita para ambos sectores, así también el correspondiente índice. Para el 2009, el gasto per cápita público alcanza los \$193.400 y el privado es \$317.900 con un índice de 0,61; cifra que se compara bastante favorablemente con el 0,38 vigente en 2000 y que refleja el substancial incremento en el gasto público de salud acontecido durante los últimos años

Tabla 17: Gasto Per Cápita Asistencial en Salud según Sistema e Índice Per Cápita a pesos de 2009

AÑO	Gasto S. Público	Gasto Per Cápita Público ⁴⁹	Gasto S. Privado	Gasto Per Cápita Privado ⁵⁰	Índice Gasto Per Cápita
	MM\$	M\$	MM\$	M\$	M\$
2000	708.638	69,8	560.649	181,3	0,38
2001	753.819	74,2	601.038	204,4	0,36
2002	1.114.092	107,9	619.247	219,0	0,49
2003	1.212.956	114,6	636.167	233,1	0,49
2004	1.327.408	121,7	649.272	242,4	0,50
2005	1.417.503	127,5	647.048	243,2	0,52
2006	1.672.067	145,7	683.680	254,7	0,57
2007	1.771.049	150,8	745.194	268,4	0,56
2008	1.923.689	157,1	804.899	289,5	0,54
2009	2.418.748	193,4	882.644	317,9	0,61

Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Sin embargo las diferencias en el gasto per cápita por sector existen y estas se traducen en un acceso diferenciado a las prestaciones de salud entre los sistemas público y privado, si bien el ejercicio no incluye el copago de los beneficiarios si este se incluyera, sin duda se reflejaría en última instancia la mayor capacidad de pago de los usuarios del sector de ISAPREs.

Haciendo referencia a la Tabla 9 de número de prestaciones según sistema (per cápita) del capítulo 2, vemos que las prestaciones otorgadas por ISAPRES son siempre mayores a las entregadas por el sector público, de hecho estas últimas se mantienen cercanas a las 11 prestaciones por beneficiario durante el período 2000-2006, no poseemos los datos para años posteriores. En el caso de ISAPREs, en 2000 habían 14 prestaciones, las que se redujeron a aproximadamente 13 entre 2001 y 2003, luego se mantiene una tendencia creciente desde 2005 a 2009, pasando de

⁴⁹ Considera al Seguro Público de Salud FONASA, transferencias a Atención Primaria de Salud, PPV y PPI, y gasto MLE relativo a Fondo de Atenciones Médicas, no incluye copago. Años 2000 y 2001, aproximación (APS-PPV-PPI) mediante Gasto Actividad Interna PAD-PPP y actividad Externa APS.

⁵⁰ Considera al conjunto de Instituciones de Salud Previsional (abiertas y cerradas), corresponde al Costo Operacional asociado al otorgamiento de Prestaciones de Salud. No incluye copago beneficiario

13,77 a 18,93 prestaciones per cápita. Si vemos la tabla 18 donde tenemos que la comparación la hacemos exclusivamente con las prestaciones per cápita de MLE (correspondientes a los 3 niveles de atención) donde consideramos como beneficiarios potenciales a los beneficiarios de los grupos B, C y D, y de las cuales tenemos información desde 2003 hasta 2009, vemos que el crecimiento es casi insignificante y que por tanto hay estabilidad en las prestaciones per cápita MLE en torno a 4 prestaciones por beneficiario.

Tabla 18: Prestaciones per cápita en ISAPRE y MLE

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
MLE	4,06	4,22	4,22	4,37	4,39	4,31	4,47
ISAPRE	13,6	15,51	13,77	14,96	16,96	17,87	18,93

Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

De todo esto podemos concluir que las prestaciones per cápita claramente son mayores en las ISAPRE, y que las de FONASA son más estables durante el periodo, por ende sí existen diferencias notorias en el acceso a las prestaciones; por otro lado, las prestaciones MLE representan una pequeña proporción, cerca del 30%, de las prestaciones per cápita totales de FONASA. El mayor peso lo asume la modalidad MAI, que atiende a los indigentes y a parte de los beneficiarios de los grupos A, B y C más vulnerables.

A pesar de que en general, no existen grandes diferencias en la “calidad” de las prestaciones entregadas por MLE e ISAPRES (ya que en ambos casos los prestadores son privados), sólo podemos evidenciar diferencias en el monto del copago y en el pago de algunas prestaciones hospitalarias no sujetas a PAD, el número de prestaciones otorgadas es sustancialmente distinto lo que da indicio de cierto “*efecto Seguro*” como lo acuñamos, lo cual significa que los beneficiarios prefieren estar en una ISAPRE debido al status que le entrega, el cual aprovecha y por ende accede voluntariamente a un mayor número de prestaciones, por ello ISAPRE entrega más prestaciones per cápita.

Ahora bien, el acceso diferenciado a los servicios de salud no es necesariamente atentatorio contra las concepciones de equidad actuales, de hecho en la actualidad es aceptable las diferencia en acceso a distintos bienes y servicios, ya que se reconoce que la equidad no es sinónimo de igualdad y la pregunta relevante es cuánta desigualdad es aceptable y cuál es el nivel mínimo consistente con la satisfacción de las necesidades básicas de las personas⁵¹.

La segunda pregunta sobre equidad mencionada al inicio, dice relación con la segmentación de sistemas de salud según el nivel de riesgo médico de la población, tema ya expuesto en el capítulo anterior. La relación entre equidad y riesgo puede ser ilustrada en el caso de dos personas, idénticas en cuanto a ingresos y preferencias, que además posean el mismo riesgo ex-ante de salud. El criterio de equidad horizontal (tratar igual a los iguales) postula que ambas personas debieran ser tratadas igual por el seguro de salud en cuanto a primas, coberturas, etc., y que si una de ellas adquiere un mayor riesgo ex-post de salud, el seguro cubra adecuadamente los gastos asociados a tal condición.

¿Qué sucede, sin embargo, con las personas que poseen distinto riesgo de salud a la fecha de adquisición del seguro?, ¿Es equitativo que las personas de mayor riesgo sean “discriminadas” en el sentido que se les cobre una prima más alta o, que a igualdad de la prima, se les ofrezca una cobertura más baja? La respuesta a la última pregunta seguramente diferirá según cuál sea la causa del mayor riesgo que enfrenta la persona descrita. Es distinto el caso de un riesgo adquirido en forma voluntaria como ocurre con las conductas que causan reconocido perjuicio a la salud de aquellas situaciones donde el riesgo es exógeno, de manera que la persona no tiene mayor control en su adquisición. En el último caso la mayor parte de las personas probablemente calificará como injusto un sistema de seguro que “discrimine” contra los mayores riesgos de salud.

⁵¹ El acceso diferenciado a las prestaciones de salud según el nivel de ingreso trasciende a la distinción sistema público versus privado, puesto que al interior del sector de ISAPREs hay una vinculación explícita entre el nivel de ingresos y los beneficios esperados en materia de cobertura de las prestaciones de salud.

El funcionamiento del sistema de seguros de las ISAPRE se basa precisamente en la discriminación de riesgos, en el sentido que la prima del seguro (precio) está relacionada con el riesgo de salud de la persona (además de sexo, edad, etc.). Este se manifiesta por medio del cálculo del precio⁵² del seguro para el afiliado, que se calcula de la siguiente manera, posterior a la reforma de 2005.

$$GES + Precio Base * Factor Riesgo Afiliado + Precio Base * Factor Riesgo Beneficiarios$$

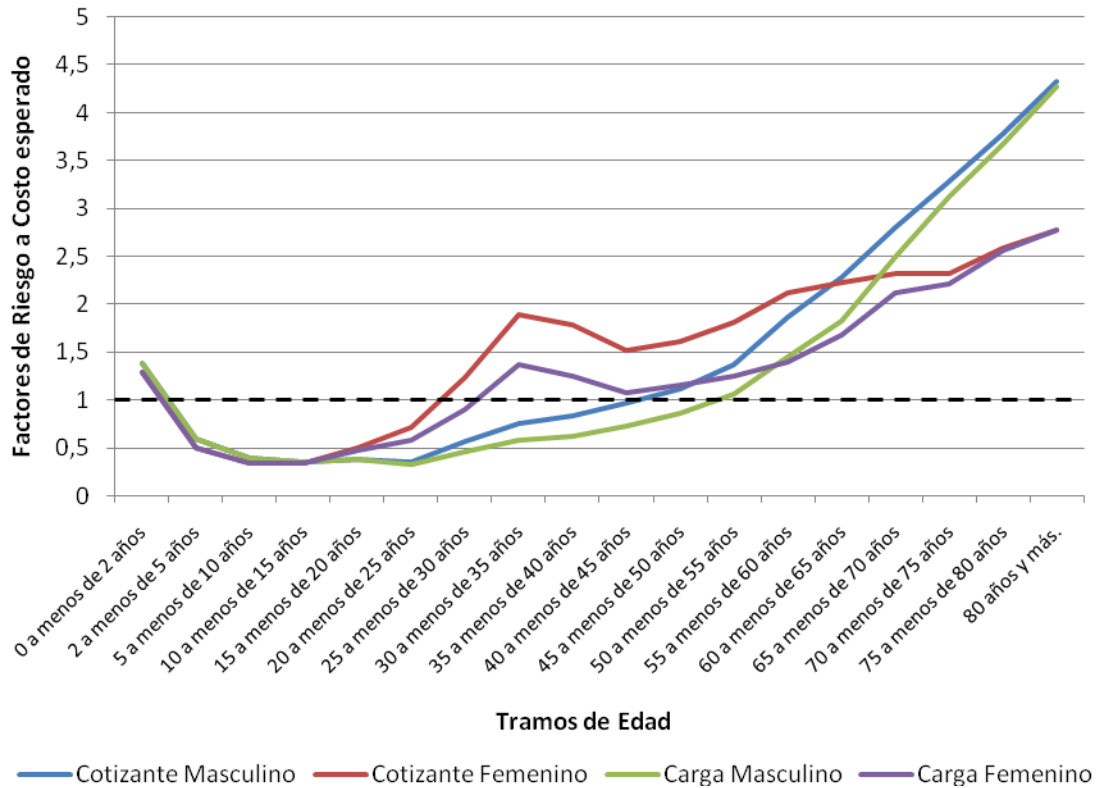
Donde vemos claramente el uso de una tabla de factores de riesgo para cada grupo de personas, tras la cual se reflejan las diferencias en los costos esperados en salud. Las principales variables que explican estas diferencias son: sexo, edad, condición de cotizante o carga (licencias médicas), estado de salud, zona de residencia, tipo de trabajo, hábitos de vida, prevención, entre otras; pero las causas reconocidas legalmente para tarificar en el Sistema ISAPRE son las tres primeras. La tabla de factores de riesgo⁵³ vigente luego de la reforma a la salud en 2005 tiene nuevas características, dentro de estas se hace necesario resaltar que ahora el primer tramo es entre 0-2 años y los siguientes tramos deben comprender un mínimo de tres y un máximo de cinco años; desde los 80 años la Superintendencia fija los factores; Y por último, cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores. Las ISAPREs no pueden establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización.

Debido a que esta tabla refleja los costos esperados en salud, mostramos a continuación en el Gráfico 19 los factores de riesgo pero aplicados a costos del año 2009, es decir, los factores realmente aplicados, los que no necesariamente tienen que llegar a ser las cotas expuestas en el cuadro de los factores vigentes.

⁵² Donde vemos que se compone de dos partes principales. La primera parte, son las Garantías Explícitas en Salud (GES) cuya prima es pareja para todos los beneficiarios de una misma ISAPRE y la segunda, es el Plan Complementario de Salud, cuyos beneficios no pueden ser inferiores a los que otorga el FONASA para todas las prestaciones incluidas en su arancel de libre elección y cuyo precio se determina para cada beneficiario en función de su edad, sexo y condición de cotizante o carga.

⁵³ Ver Cuadro 10 de factores de Riesgo 2009 en Anexo.

Gráfico 19: Factores de Riesgo asociados a los costos observados de 2009



Fuente: Presentación “El sistema ISAPRE y el sistema de salud: IPP-UDP”, P. Inostroza (2011)

Donde vemos que los más afectados son los menores de dos años, las mujeres en edad fértil y los adultos mayores de 65 años (hombres más afectados que mujeres). Tomando como ejemplo este último grupo de afiliados, es evidente que el mayor riesgo trae consigo un mayor precio de las primas para las personas de tercera edad que, representa entre 2,5 y 5 veces el valor de la prima asociada a planes para personas más jóvenes. Esta discriminación de riesgos implica que la probabilidad de pertenecer a una ISAPRE es más alta para las personas que poseen un mejor estado de salud. El resultado es un sistema que ofrecería mejor acceso a prestaciones a quienes menos la necesitan, al tiempo que las personas que experimentan mayores necesidades serían preferentemente asignados al sistema público. Tal situación sería producto de la lógica de la competencia de un mercado de seguros privados, más allá de las intenciones de los administradores de las ISAPREs. En efecto, si una compañía implementase una

política tarifaria “equitativa” para la tercera edad, que mantuviese las primas asociadas a los planes de las personas más jóvenes, experimentaría un proceso de selección adversa al atraer a los “malos riesgos” y provocar la emigración de los “buenos riesgos”, causando su rápida eliminación del mercado.

2.1. Redistribución al interior del FONASA

Todo sistema de salud efectúa una redistribución de ingresos hacia los grupos más pobres, los cuales acceden a las prestaciones de salud en forma gratuita o fuertemente subsidiada, ya lo discutíamos al presentar el tema del seguro de salud público en el capítulo anterior. Los mecanismos utilizados para realizar esta redistribución varían según la organización del sistema de salud: los más utilizados son las cotizaciones en el caso de los esquemas de seguridad social y los impuestos generales en los sistemas que basan su financiamiento en los tributos (Hoffmeyer y McCarthy, 1994).

La condición mixta del sistema de salud chileno también se refleja en la modalidad de redistribución utilizada para financiar la salud de los más pobres. En efecto, una parte de esta actividad se financia con impuestos generales que alimenta el denominado aporte fiscal al sistema público de salud. La otra parte es financiada con las cotizaciones que proveen las personas adscritas al FONASA. El problema es que esta última modalidad no funciona si existe la alternativa del seguro privado, puesto que las personas de ingresos más altos emigran hacia el sector de ISAPREs y la redistribución termina siendo financiada por los cotizantes de ingresos medios que permanecen en el FONASA. Los sistemas de seguridad social que cubren el conjunto de la población y que redistribuyen ingresos a través de las cotizaciones pueden ser criticados desde una perspectiva de eficiencia, pero mantienen una lógica redistributiva que responde la mayoría de las veces a criterios razonables de equidad. Sin embargo, esta lógica se quiebra cuando el sistema solidario ha sido fragmentado y cubre solo a la fracción de personas situadas en la parte inferior de la distribución de ingresos. En este contexto no resulta claro que las cotizaciones deban ser utilizadas para financiar los grupos más pobres, menos aún si se carece de un sistema de información que

focalice en forma efectiva los subsidios en estos grupos. Más allá de los problemas de equidad asociados a tal práctica, ésta acentúa la selección adversa presente en el sistema dual, puesto que aumenta los incentivos de quienes financian la redistribución interna del FONASA a emigrar al sistema de ISAPRE. A tal respecto es posible que los grupos de ingresos medios/bajos sean los más afectados por la peculiar estructura del sistema de salud chileno, puesto que su alternativa es financiar (parcialmente) la salud de los más pobres cuando están en el FONASA o bien ser los clientes de última clase del sistema ISAPRE, con una cobertura bastante precaria de sus riesgos de salud.

2.2. Subsidios Públicos a las ISAPREs

La equidad del sistema mixto es también cuestionada por los diversos subsidios que favorecerían a los beneficiarios del sistema de ISAPRE. Tal situación es presentada como inequitativa puesto que se estarían destinando recursos públicos a las personas de mayores ingresos y fortaleciendo al sistema de seguros privados en vez de reforzar la atención en el sector público de salud.

Existen algunos subsidios públicos que favorecen a las personas adscritas a las ISAPRE. Sin embargo, algunos de ellos son subsidios cuyo objetivo es fomentar actividades relacionadas con la salud a nivel de la población general, más allá del sistema de salud al cual pertenezca la persona. Pero existe el caso de la atención de beneficiarios de ISAPREs en el sistema público en que se beneficia específicamente a quienes pertenecen al sistema de ISAPREs. También es importante mencionar el caso del subsidio del 2% adicional, pero este ya no se encuentra vigente según la ley N° 19.650⁵⁴ de 1999.

Así, un primer subsidio de carácter general es el pago de salario a la madre cotizante del sistema de salud -público o privado- en el período pre y post natal así como en caso de ausencia laboral por enfermedad grave del hijo menor de un año. El

⁵⁴ El artículo 1º transitorio de la ley N° 19.650, establece que si con posterioridad a la supresión de la cotización adicional en los contratos de salud, subsistieren para el empleador créditos pendientes en contra del Fisco por concepto de cotización adicional, éstos podrán descontarse de los impuestos de la misma forma como se deduce la cotización actualmente y que se explicó en los párrafos precedentes. Recién en 2005 la cuenta se hace 0.

pago referido constituye más bien un subsidio de orden laboral que es canalizado a través de las instituciones de salud previsual. Su propósito es fomentar la adscripción laboral de la mujer, independiente de su nivel de ingresos o sistema de salud al cual pertenezca. El subsidio, eso sí, es regresivo en la medida que estipula un pago proporcional al salario ganado por el beneficiario, debido a que las mujeres que trabajan son las pertenecen a los quintiles más altos⁵⁵.

En segundo término, el gasto en los programas de inmunización nacional y de alimentación complementaria favorece a todas las personas que asistan a establecimientos públicos a hacer uso de estos beneficios. La justificación del carácter universal de estos subsidios radica en el componente de externalidad o bien público asociado a las actividades de prevención y fomento de la salud. Ahora bien, estos programas se autofocalizan en la práctica puesto que las personas de mayores ingresos no concurren a los consultorios públicos.

A continuación aparecen los subsidios asociados a la exención de impuestos por concepto de cotización de salud y del gasto en las prestaciones de salud. Estos beneficios tienen un carácter universal, siendo discutible su racionalidad económica. Así, el tercer subsidio establece la exclusión del impuesto a la renta aquella fracción del ingreso destinada a la cotización obligatoria de salud. Ello ocurre para evitar una eventual doble tributación de la cotización previsual (entendida como un impuesto). Sin embargo, es discutible el carácter de impuesto que tendría la cotización de salud en un esquema de seguros individuales que asocia dicho pago con el monto esperado de beneficios. Por lo demás, se trata de un subsidio regresivo en la medida que favorece a las rentas mayores.

Por otra parte, como las prestaciones públicas de salud están exentas del IVA, se decidió extender este beneficio a las prestaciones privadas -un cuarto subsidio- cuyo monto no supere el arancel referencial de FONASA. Sin embargo, no es clara la pertinencia de excluir del IVA al sector salud en una economía donde este impuesto cubre a prácticamente todos los bienes y servicios.

⁵⁵ El caso de Chile en participación laboral femenina es crítico, porque su tasa es considerada “baja”, incluso en América Latina.

La cotización del 2% adicional fue un quinto subsidio, como ya mencionamos el cual favoreció solamente a los cotizantes de las ISAPRE. Este beneficio funcionaba a través de la exención tributaria que reciben las empresas que complementaban en tal proporción las cotizaciones que realizan a las ISAPRE los trabajadores situados en tramos bajos de ingreso (ajustado por el número de cargas). Este beneficio tenía algunas características de subsidio a la demanda pero acotado sólo a las instituciones privadas de salud y sujeto a dificultades de fiscalización.

Finalmente el sistema público podría llegar a otorgar un subsidio a los beneficiarios de las ISAPREs, debido a que éstos acuden a establecimientos públicos buscando acceder a prestaciones gratuitas, haciéndose pasar por beneficiarios de FONASA, principalmente en el caso de los cotizantes de bajos ingresos de las ISAPRE cuando requieren prestaciones complejas de salud. Esto se debía a la falta de mecanismos de información y control del sistema público, situación que ha sido mejorada, teniendo la información de los beneficiarios de ISAPREs en los establecimientos públicos.

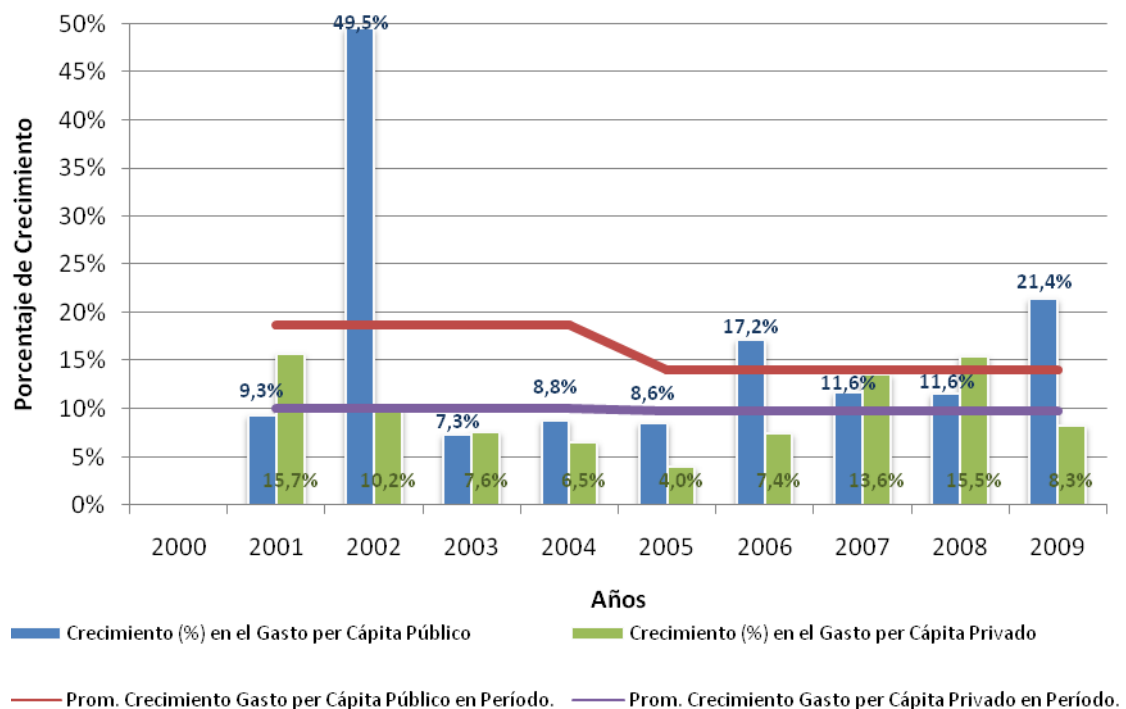
3. Rol del AUGE/GES para disminuir Inequidades

Chile está atravesando un proceso de reforma del Sistema de Salud, cuyo propósito fundamental es el de mejorar el estado de salud de la población y disminuir las inequidades en salud, por la vía de entregar acceso universal garantizado a un conjunto de atenciones para un grupo priorizado de problemas de salud.

Los análisis y evaluaciones del GES pueden ser un tanto prematuros, debido al corto período transcurrido desde su implementación. Aquí pretendemos, por medio de las herramientas disponibles, mostrar en parte el cumplimiento de los objetivos de la reforma. Para comenzar, veremos el tema del crecimiento del gasto per cápita. Para ello presentamos a continuación en el Gráfico 20, las variaciones porcentuales de año a año, es decir el crecimiento, las cuales parecen ser bastante dispares. Si separamos

por periodos, de 2001 a 2004 y 2005 a 2009, para intentar ver el impacto del GES, y calculando el promedio de crecimiento del gasto per cápita entre estos dos periodos, vemos que para el primer período el crecimiento promedio es mayor para el sector público que para el privado (18,7% v/s 14,1%), pero este resultado es explicado en gran parte por un fuerte shock en 2002 que alcanza el 49% ya que el resto de los porcentajes es bastante bajo. Para el segundo período vemos como el crecimiento promedio per cápita público sigue siendo mayor que el privado pero en menor cantidad ya que ahora corresponde a 14,1% contra 9,8%. A pesar de que el crecimiento del gasto en el sector público disminuyó entre los periodos, esto se puede deber al shock de 2002, ya que como se menciona anteriormente el resto de los porcentajes para el primer período es bajo en comparación a los porcentajes del segundo período. Cumpliéndose esto tendríamos efectivamente que habría un mayor crecimiento en el gasto per cápita en el sector público luego de la reforma de 2005.

Gráfico 20: Crecimiento del Gasto per Cápita Público y Privado



Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Siguiendo con el mismo tema, podríamos hacer el análisis de otro modo, viendo cómo ha evolucionado la participación de los gastos per cápita público y privado sobre el gasto per cápita total del sistema (considerando el sector público y privado, es decir FONASA e ISAPRE). Para ello, construimos el gasto per cápita total del siguiente modo:

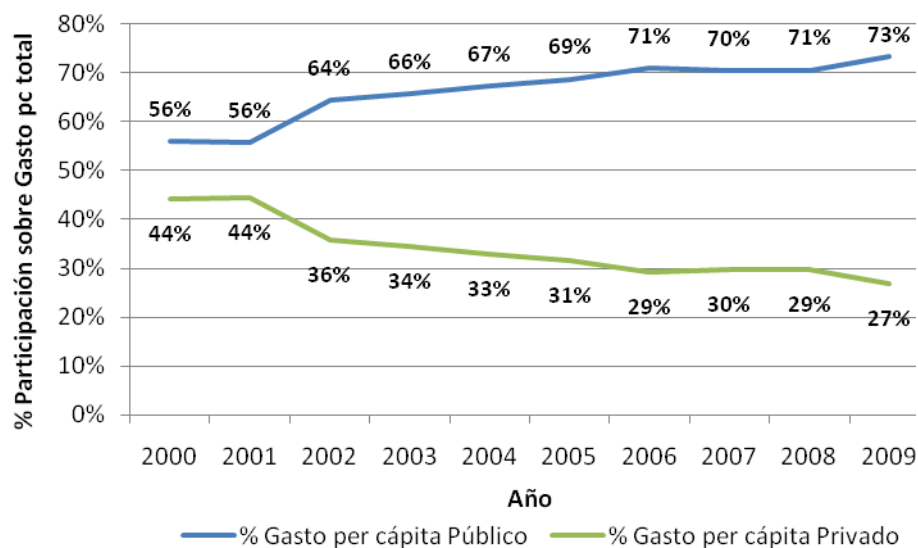
$$\text{Gasto pc total} = \text{Gasto pc Pub} * \% \text{ benef. Sist. Pub.} + \text{Gasto pc Priv} * \% \text{ Benef. Sistema Priv.}$$

De este modo obtenemos un gasto per cápita total ponderado, controlando por el número de beneficiarios, una vez obtenido esto, sólo resta hacer el cociente entre cada uno de los gastos per cápita para cada sistema por su respectiva participación de beneficiarios y el gasto per cápita total recién explicado, esto será así:

$$\% \text{ Gasto per cápita público} = \text{Gasto per cápita público} * \% \text{ Benef. Públicos del sistema}$$

Lo mismo se aplica al caso privado, obteniendo de este modo la evolución de las participaciones de este gasto como se presenta en el Gráfico 21:

Gráfico 21: Evolución del gasto per cápita público y privado sobre el Gasto per Cápita total FONASA/ISAPRE

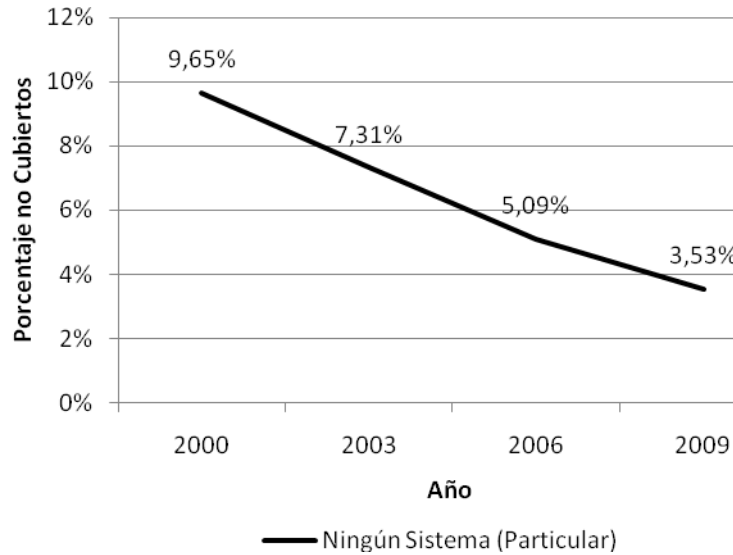


Fuente: Elaboración propia con datos de Superintendencia de Salud

Donde vemos que las curvas se mueven de forma asimétricamente opuestas debido a que ambas suman el 100% para cada año, la participación del gasto per cápita público es siempre creciente durante el período, y por ende decreciente para el privado. No se evidenciaría un gran aumento luego de la reforma GES en 2005.

El siguiente tema a analizar es el de la cobertura, el cual lo abarcaremos revisando las cifras de la población que se encuentre fuera del sistema FONASA/ISAPRE, incluso del sistema de FF.AA y Orden y de Otros sistemas, es decir quienes se atienden 100% en forma particular. A continuación presentamos en el Gráfico 22, la evolución de la participación porcentual de la población sin cobertura de un seguro con respecto al total de beneficiarios de todos los sistemas, según datos de la CASEN 2000-2009. Vemos como este grupo ha tenido prácticamente una constante caída desde 2000 a 2009, pasando de un casi 10% de la población beneficiaria del país a un 3,53%. No podemos evidenciar un efecto de la reforma GES ya que la tasa de disminución es cercana a los 2 puntos porcentuales entre cada intervalo. Tal vez esto lo podríamos solucionar con la serie completa para cada año, pero el reporte de datos de la CASEN es de la forma aquí expuesta. Profundizando un tanto en estas cifras, quisimos descubrir en parte que sucede con estas personas que dejan de estar fuera de los sistemas de salud y optan por entrar ya sea a FONASA e ISAPRE, a otro sistema o al de las FF.AA y Orden.

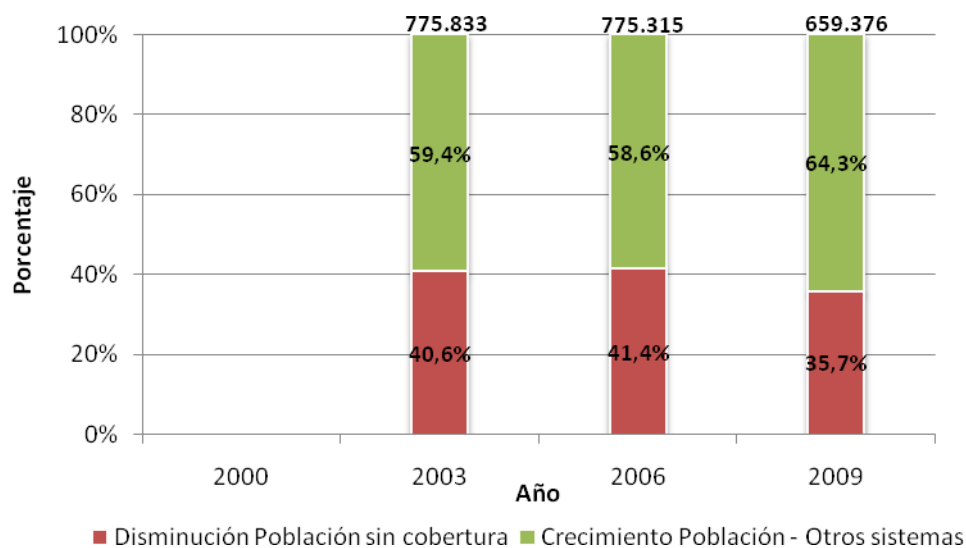
Gráfico 22: Evolución porcentual de individuos sin cobertura



Fuente: Elaboración propia con datos de FONASA

Es por ello, que calculamos el número de personas que ingresa necesariamente a uno de los dos seguros (como la diferencia entre el número total de beneficiarios de FONASA e ISAPRE, en base a año 2000) como se muestra en la parte superior de las barras del Gráfico 23, el cual según nuestros indicios se compone en parte de individuos que abandonan su situación de “no cubiertos” para ingresar a uno de estos seguros y el resto, debido al crecimiento natural de la población (es decir quienes entran a cotizar al sistema) y quienes entran a cubrirse y son provenientes de otros sistema incluido el de FF.AA. Por lo tanto usando el supuesto de que necesariamente quienes abandonan la condición de “no cubierto” ingresan a ISAPRE o FONASA, el 40,6% del aumento de beneficiarios de estos 2 sistemas corresponden a los que antes no estaban cubiertos y la diferencia se atribuye a otros sistemas, esto en 2003, luego en 2006, casi recién implementada la reforma la situación no es muy distinta ya que este grupo pasa a representar un 41,4%, donde hay un leve aumento; para 2009 la cifra pasa a representar un poco más de un tercio del total, 35,7% y pasa a tener un mayor peso el ingreso de beneficiarios nuevos (por evolución demográfica) y quienes vienen de otros sistemas.

Gráfico 23: Aumento de beneficiarios en ISAPRE y FONASA.



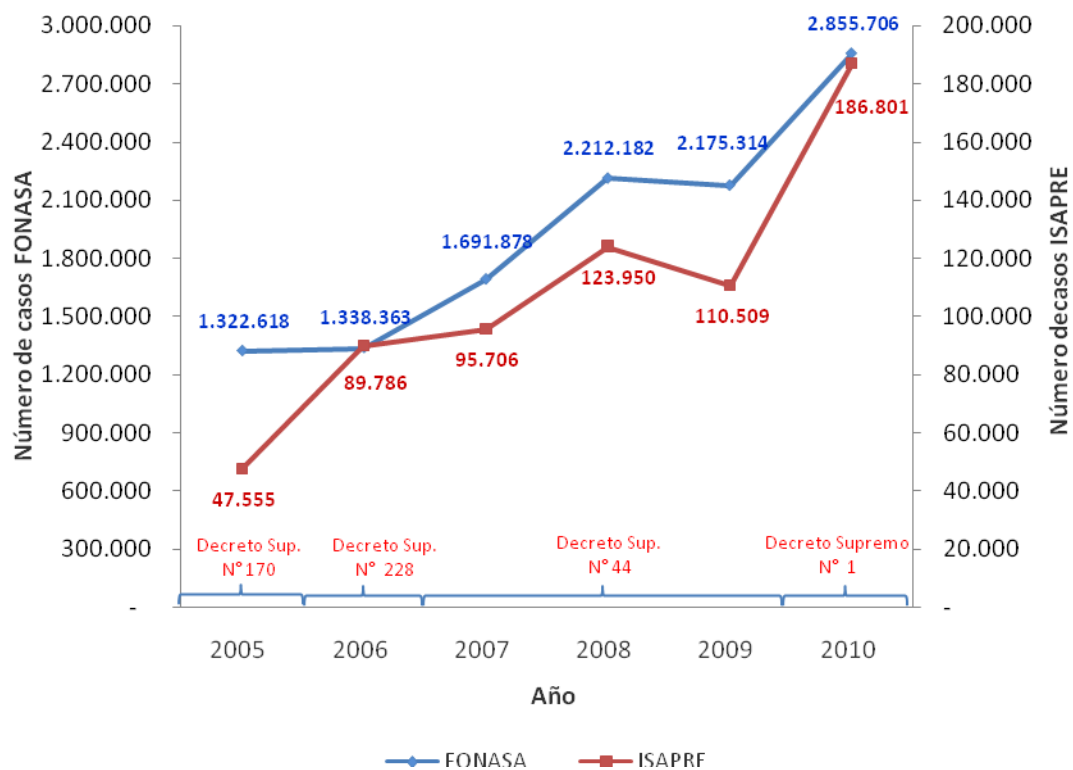
Fuente: Elaboración propia con datos de FONASA

A continuación corresponde referirse a la evolución de los casos GES atendidos en los sistemas de ISAPRE y FONASA para cada año, el cual se muestra en el Gráfico 24. Se evidencia notoriamente que el sistema FONASA es quién se hace cargo de la mayor parte de los casos GES debido a la escala del número de casos para cada aseguradora. Tras esto se esconde la idea de que FONASA no sólo atiende a sus beneficiarios si no que también puede hacerlo con los beneficiarios del otro sistema. El número de casos es siempre creciente en el caso del sector público, mientras que en el caso del sector privado este es creciente hasta 2009, ya que luego hay una caída a 110.509 para repuntar nuevamente en 2010 con 186.801 casos. Es importante mencionar que en la evolución de los casos para cada año se van considerando el aumento de las enfermedades de acuerdo a los decretos que así lo establecen es por ello que para el año 2005 el número de casos referidos es 25, para 2006 se amplía a 40 enfermedades, luego en 2007 llega a las 56 y finalmente aumenta en 13 para llegar a las 69 enfermedades AUGE vigentes.

Aquí claramente concluimos que la reforma ha sido exitosa en cuanto a dar las prestaciones que tienen las garantías, y en el tiempo se están atendiendo cada vez

más enfermedades GES, en donde el mayor número de prestaciones está asociada a los beneficiarios de FONASA, lo cual es revelado por la enorme diferencia en el número de prestaciones entre ambos sistemas. Estas garantías de atención son ejecutadas principalmente en establecimientos de la red pública, pero también hay compra de servicios a la red privada.

Gráfico 24: Número de casos GES entre Enero y Diciembre de cada año.

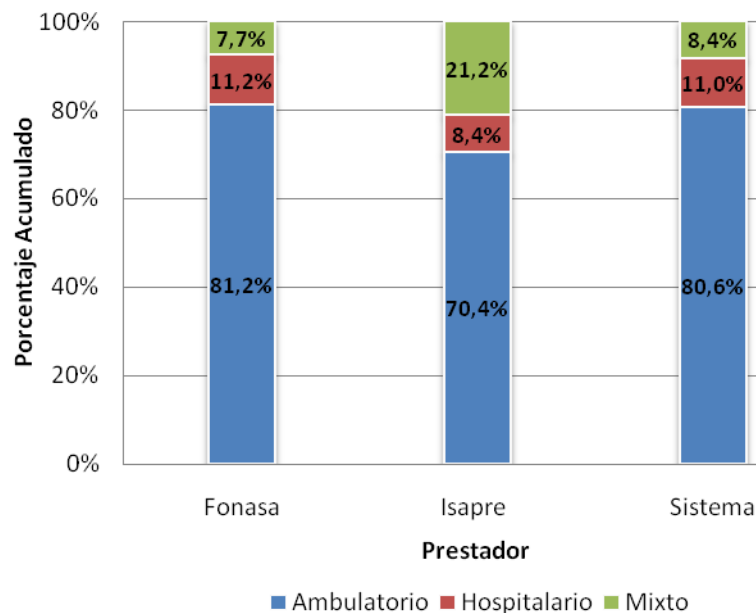


Fuente: Superintendencia de Salud (2010)

Ahora que ya sabemos que FONASA es el gran proveedor de las enfermedades GES, podríamos mostrar la distribución de casos GES acumulados por nivel de atención (al 2 de Enero de 2011), el cual se presenta en el Gráfico 25. Los tipos de atenciones son: hospitalarias, ambulatorias y mixtas. La primera observación que debemos hacer es que para ambas aseguradoras la mayor parte de las prestaciones GES que otorgan son del tipo ambulatoria.

FONASA ha otorgado 81,2% de sus prestaciones a atención del tipo ambulatoria, mientras que las ISAPREs tan sólo un 70,4% de sus prestaciones acumuladas han sido de esta índole. Para el caso de las atenciones hospitalarias que son más complejas, tenemos que FONASA ha entregado un 11,2% de sus prestaciones a este tipo de atención, que suelen ser más cara, lo cual va totalmente acorde con el aumento del gasto público (total y per cápita) que hemos visto con anterioridad, además debemos notar que la cifra es incluso superior a la del total del sistema no tan sólo para atenciones hospitalarias sino también las ambulatorias. En el caso de las ISAPREs las atenciones hospitalarias sólo son un 8,4%. Las ISAPREs solo superan a FONASA en la entrega de prestaciones mixtas, 21,2% v/s 7,7%

Gráfico 25: Casos GES Acumulados de Julio de 2005 a Diciembre de 2010, por tipo de atención



Fuente: Superintendencia de Salud (2010)

Por lo tanto, FONASA no tan sólo entrega un mayor número de prestaciones GES sino que, desde el punto de vista acumulado ha entregado mayores prestaciones ambulatorias y hospitalarias que las ISAPREs

Finalmente hemos visto en este apartado como el sistema de salud ha presentado mayor crecimiento en el gasto público en el sector, así como también el per cápita, que ha ido aumentando la cobertura al ir disminuyendo el porcentaje de individuos no cubiertos, y que en parte estas cifras explican parte del incremento de beneficiarios entre ISAPRE y FONASA, y que los objetivos de la reforma en cuanto a entrega de atención para las enfermedades previamente seleccionadas ha ido aumentando constantemente en el tiempo, sin desconocer que el gran esfuerzo en el otorgamiento de estas se lo lleva FONASA, tanto en el número de casos, como por tipo de atención (ambulatoria y hospitalaria). En este último punto es donde más hemos podido demostrar el rol del GES para disminuir inequidades, ya que en los indicadores anteriores el efecto se confunde con mejoras ya provenientes de inicios de la década, por lo tanto no es claro.

3.1. Programas Públicos para reducir la Inequidad

En esta última sección, expondremos brevemente programas especiales de FONASA que “efectúan una focalización positiva en los grupos de ingreso a los que benefician” que corresponden a los Préstamos Médicos, el Seguro Catastrófico, Programa al Adulto Mayor, los cuales están en marcha desde antes de la reforma AUGE/GES pero que han seguido en funcionamiento paralelo, sin dejar de desconocer que la instauración de la Reforma tuvo cierto efecto sobre estos. Además se exponen programas más recientes tales como el Programa de Oportunidad en la Atención y el PAD - “Su Cuenta Conocida”. Nos basaremos en parte en el trabajo de R. Urriola (2005) y en datos de FONASA

3.1.1. Préstamos Médicos

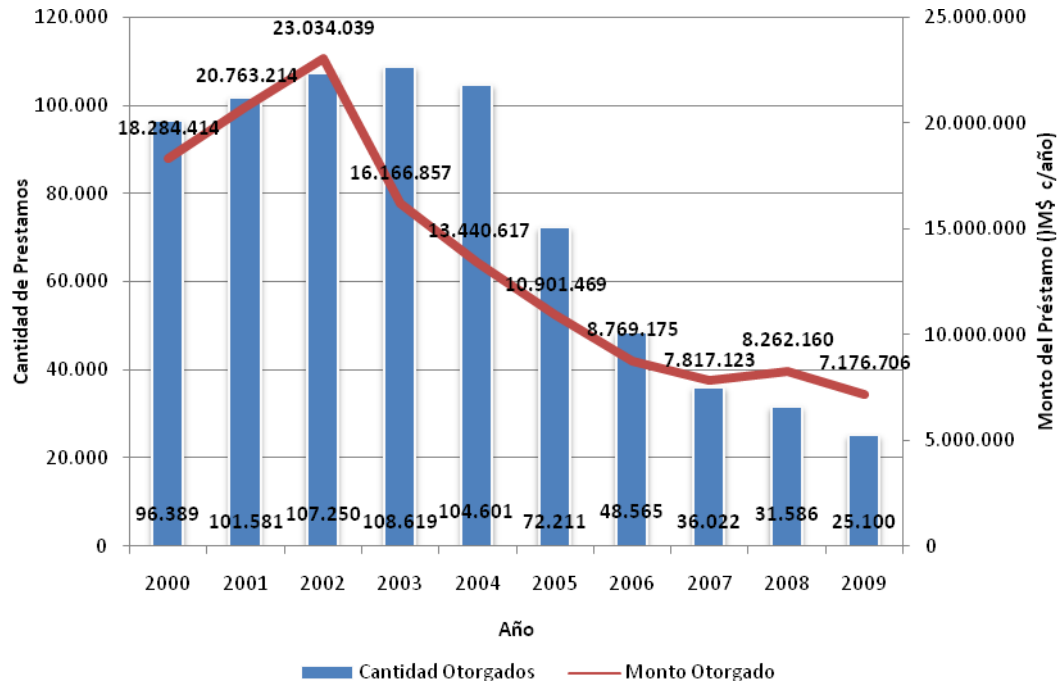
Corresponden a préstamos de salud entregados a beneficiarios de FONASA, que realizan un copago, para que estos cubran el monto total o parcial del valor de las prestaciones que ha recibido ya sea por un prestador público o uno privado. Estos son

sumamente importantes ya que permiten enfrentarse a situaciones de riesgo vital, por ende tiene el carácter de “extraordinarios”; algunas de las situaciones que permite cubrir son

- La Totalidad del copago de las atenciones calificadas como emergencia.
- La Totalidad del copago por medicamentos entregados en los consultorios de especialidades de establecimientos públicos.
- Hasta un 42,5% del valor total en nivel 1 de las atenciones que dan origen a la confección de un Programa de Atención de Salud, tales como:
 - Adquisición de Ortesis
 - Adquisición de Prótesis
 - Hospitalizaciones (mínimo una noche).
 - Intervenciones quirúrgicas inscritas en PAD "Su Cuenta Conocida "Urgencias (en casos donde exista un certificado que acredite el riesgo vital)
 - Tratamientos Psiquiátricos, de Diálisis, Radioterapia y Quimioterapia

Este préstamo puede ser solicitado por todos los beneficiarios que estén cotizando en FONASA (y cargas). En el Gráfico 26 vemos como la cantidad de préstamos otorgados es creciente hasta 2003 alcanzando los 108.619 préstamos, para comenzar una caída constante, a partir del año 2005, año de la reforma en salud, la caída es mucho más notoria llegando a los 72.221 préstamos, ya al final.

Gráfico 26: Cantidad y Montos de los Préstamos Médicos otorgados.



Fuente: Elaboración propia con datos de FONASA

Del período alcanzan los 25.100 préstamos otorgados, Si bien estos disminuían considerablemente en el periodo analizado, no sabíamos nada acerca del monto otorgado, es por ello que esto también fue integrado en el gráfico y se demuestra que los montos siguen la misma tendencia que la cantidad de préstamos otorgados, sin embargo el peak se da en el año 2002 con un total de M\$ 23.034.039 para luego comenzar a disminuir considerablemente y bordear entre los M\$ 7.000.000 y 8.000.000.

El análisis anterior nos da un indicio que debido a la instauración del Régimen GES, el uso de esto préstamos ha perdido importancia debido a las mayores oportunidades de acceso y financiamiento que nos asegura el GES, por lo tanto si bien el programa ayudaba a reducir inequidades ayudando al financiamiento de los más vulnerables este rol lo ha asumido el GES en mayor cuantía desde su instauración.

3.1.2. Seguro Catastrófico

El beneficiario ingresa al Seguro automáticamente, desde el momento en que el médico especialista del hospital le da la indicación médica escrita del tratamiento o intervención quirúrgica correspondiente. Esta indicación se le entrega en un Consultorio de Especialidades, Centro de Diagnóstico Terapéutico o Servicio de Urgencia de alguno de los establecimientos acreditados.

Para ello, el beneficiario deberá seguir los siguientes pasos:

- Primero, debe concurrir a un consultorio de atención primaria, desde donde será derivado a un centro hospitalario si el médico lo indica.
- Segundo, en el hospital será atendido por un especialista el cual le indicará la derivación a uno de los establecimientos acreditados, si corresponde.
- Tercero, una vez confirmado el diagnóstico de algunas de las enfermedades incluidas en el Seguro, el beneficiario recibirá la indicación médica escrita del tratamiento o intervención quirúrgica, con lo cual será incorporado automáticamente al Seguro Catastrófico.

Dentro del Seguro Catastrófico de FONASA las prestaciones incluidas son las siguientes:

- i. Cardiocirugía y procedimientos cardiológicos de alta complejidad:
 - Cirugía con circulación extracorpórea
 - Valvuloplastías
 - Angioplastías.
- ii. Neurocirugía de alta complejidad:
 - Aneurismas cerebrales Tumores y/o quistes cerebrales
 - Disrafia
 - Estenorraquis.
- iii. Trasplante renal:
 - Estudios de histocompatibilidad

- Nefrectomía
- Trasplante Droga inmunosupresora post-trasplante.
- iv. Peritoneodiálisis continua (menores de 12 años).
- v. Trasplante hepático (menores de 18 años).
- vi. Cáncer:
 - Radioterapia infantil y adulto
 - Quimioterapia infantil.
 - Cuidados paliativos para el paciente terminal.
- vii. Atención integral al paciente fisurado (niños nacidos a partir del 1° de enero de 1998).
- viii. Escoliosis (menores de 18 años).
- ix. Atención de urgencia para el paciente con quemadura grave.

Los datos no han sido los más favorables para ver el desempeño de este programa en el tiempo, ya que han sucedido varias modificaciones debido a que muchas enfermedades consideradas por este programa se han integrado al GES, pero sin duda que ha sido un programa para ayudar al financiamiento de siniestralidades.

3.1.3. Programa del Adulto Mayor

Este programa es una muestra concreta por fortalecer la protección del adulto mayor, grupo con alta participación en el seguro público, debido a la discriminación por riesgo ejercida por las ISAPRE lo cual se manifiesta en una concentración de los adultos mayores con enfermedades crónicas en FONASA. A través de este programa se han incorporado cada vez mayores beneficios y mejores servicios los que se traducen básicamente en: entregar elementos que mejoren su discapacidad funcional; acortar los tiempos de espera para ciertas cirugías programadas con anticipación, bonificación 100% para atenciones de salud de alto costo.

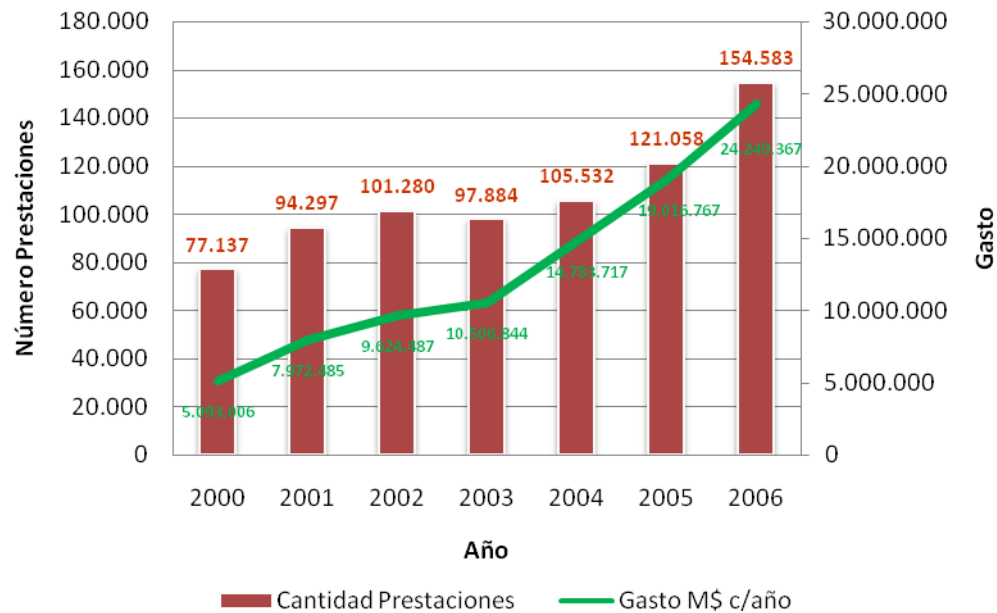
- *Beneficios a través de la Modalidad de Atención Institucional:* los beneficios son totalmente gratuitos para los adultos mayores (grupo A, B, C y D) los que se deben atender en los consultorios de atención primaria y hospitales públicos.

- Entrega de órtesis y Prótesis: como los audífonos, andador, atención integral dental (incluye prótesis), bastones y sillas de ruedas.
 - Atención Oportuna para Cirugías Electivas: como la coleditiasis, hernia abdominal, prolapso uterino, hiperplasia de la próstata.
 - Atenciones de Salud de Alto Costo: implantación de marcapaso, fotocoagulación.
- *Beneficios a través de la Modalidad de Libre Elección:* son para aquellos beneficiarios de 55 años o más que accedan a la atención ya sea con profesionales o instituciones de salud en convenio con FONASA: hospitales privados, clínicas, médicos, enfermeras, entre otros.
 - Bonificación en Lentes y Audífonos: los beneficiario puede acceder a la compra de sus lentes o audífonos, comprando un bono en cualquier sucursal de FONASA, para lo cual se debe presentar la receta médica, su carné de identidad y el presupuesto de la óptica en convenio
 - Atención Integral de Enfermería en Domicilio: la atención de enfermería en domicilio está orientada a pacientes que no puedan salir de su domicilio por encontrarse recién operado, postrado en cama, con una enfermedad grave de larga duración (cáncer, parálisis), enyesado por fractura de cadera o por un tratamiento de demencia senil y arteriosclerosis.
 - Atención Integral de Enfermería en Centros del Adulto Mayor: la atención de enfermería en centros está orientada a aquellos beneficiarios que padecen algunas de las siguientes enfermedades crónicas diagnósticas por un médico especialista: Diabetes, enfermedades pulmonares crónicas (asma, bronquitis y enfisema, entre otras), enfermedades reumatológicas (artritis y artrosis), epilepsia, enfermedades neurológicas (parálisis,

enfermedad de Parkinson y miastenia, entre otras), hipertensión arterial y tumores malignos.

Analizando el número de prestaciones vía este programa y el gasto total en pesos de cada año presentado en el Gráfico 27 vemos que la cantidad de prestaciones aumenta continuamente, en cerca de un 60% durante el período para el cual existen los datos, partiendo de las 77.137 en 2000 y alcanzando 123.583 prestaciones a adultos mayores por medio del programa para 2006, en caso del gasto vemos igual tendencia, casi quintuplicándose el gasto entre 2000 y 2006, pasando de los M\$ 5.093.006 a M\$ 24.249.367.

Gráfico 27: Cantidad y Gasto en beneficios programa Adulto Mayor



Fuente: Elaboración propia con datos de FONASA

De gasto creciente podemos concluir que el aumento del gasto en el programa adulto mayor, cuyo propósito es resolver problemas de equidad atingentes al grupo de los adultos mayores en particular (mayores de 55), cumple su objetivo puesto que podemos ver en la Tabla 19 como esta grupo ha ido aumentando su aseguramiento en FONASA que después de una caída del 2003 al 2004 alcanzando los 1.752.789

beneficiarios, posteriormente asciende nuevamente en cerca de 230.000 para el año 2006. Usando datos de la CASEN para 2009 los beneficiarios ascienden a 2.751.410. Este aumento de los beneficiarios adultos mayores, en el tiempo, como consecuencia del traspaso a causa de la discriminación efectuada por las ISAPRE en contra de este grupo llevando, como ya lo mencionamos, a una concentración de los adultos mayores en FONASA y a quienes se les adjudica también un mayor riesgo por enfermedades, es decir cronicidad. Por lo tanto claramente tenemos aquí un programa que en la práctica cumple con su objetivo esencial y sirve como muestra del incremento de equidad dentro del sistema de salud.

Tabla 19: Adultos mayores de 55 en el Sistema FONASA (a Diciembre de c/año)

Años	Cotizantes	Cargas	Carentes de recursos	Beneficiarios Totales
2003	1.307.324	163.486	386.914	1.857.724
2004	1.339.847	101.733	311.209	1.752.789
2005	1.431.084	212.728	304.925	1.948.737
2006	1.409.650	248.660	325.273	1.983.583

Fuente: Elaboración propia con datos de FONASA.

3.1.4. Programa Oportunidad en la Atención

Es un programa exclusivo de la Modalidad de Atención Institucional, aquí el beneficiario ingresa a este programa cuando el médico del hospital le indica alguna de las intervenciones quirúrgicas incluidas en el programa, donde FONASA le garantiza un plazo no superior a tres meses para su realización. En el caso de un diagnóstico de cáncer en que se indique intervención quirúrgica, ésta debe realizarse en un plazo no superior a 30 días.

Las intervenciones quirúrgicas que tiene atención garantizada en tres meses son:

- Colelitiasis (vesícula)
- Prolapso Uterino
- Hiperplasia de la Próstata
- Hernia Abdominal (infantil y adulto)

- Criptorquidea

El objetivo de este programa es combatir los enormes tiempos de espera de determinadas intervenciones en el sector público, que generan inequidades en la atención de estas enfermedades en comparación con las intervenciones de rápida atención en el sector privado.

3.1.5. PAD – “La Cuenta Conocida” de FONASA

Es un programa enfocado a los beneficiarios de la Modalidad de libre. El PAD (Pago asociado a Diagnóstico) se creó con el objeto de incentivar la eficacia en la atención médica y promover la eficiencia en la administración de los recursos destinados a la atención del paciente. De este modo, se establece un esquema de retribución financiera o premio a la eficiencia, toda vez que el costo de la resolución de la patología sea, en promedio, inferior al precio definido en el PAD. Las ventajas presentes en este programa son:

- *Mayor Eficiencia en la Atención:* Incentiva la eficiencia técnica en la atención al paciente, ya que el pago se asocia a la resolución de la patología. Esto significa que el prestador de salud se preocupará de encontrar la combinación óptima de recursos para lograr el objetivo deseado de mejorar al paciente.
- *Mayor Eficiencia Económica:* Incentiva la eficiencia económica, dado que si resuelve la patología con menos acciones que las contenidas en la canasta promedio, manteniendo el estándar de calidad, el prestador de salud obtiene un excedente financiero de libre disponibilidad.
- *Incluye todos los Costos:* Facilita la programación de actividades y acciones de salud, dado que se incluyen todos los costos (prestaciones médicas, exámenes, insumos, medicamentos, días cama, derechos de pabellón y honorarios profesionales).
- *Menor Incertidumbre para el Usuario:* El beneficiario conoce de antemano el valor de la atención o programa de salud, lo que reduce su

incertidumbre respecto al costo de la atención, ya que no deberá pagar más que lo que establece FONASA como copago.

- *Menores Trámites Administrativos:* Al utilizar este nuevo mecanismo de pago FONASA cobra exactamente al beneficiario, el copago correspondiente a la atención otorgada y paga al prestador un solo pago, el valor de la atención definido por el PAD. De esta manera, el prestador verá reducidos los trámites administrativos relativos a efectuar cobros, por concepto de diferencias no bonificadas por FONASA.

Es de conocimiento público la existencia de notorias muestras de inequidad en el sector salud heredados de la reforma estructural del dictadura militar, el cual entrega mayor participación al sector privado en el funcionamiento del mercado (prestadores, seguros, etc) transformándolo en un sector dual (componente público y privado). Estas inequidades se han manifestado dividiendo la población en pobres y ricos para la entrega de prestaciones, calidad de la atención, cobertura de los seguros (discriminación y selección de riesgo), acceso a medicamentos, etc. Es por ello que a partir de los gobiernos de la Concertación se ha mejorado la inversión en el sector salud, pero sólo se han vislumbrado mejoras relativas en cuánto al financiamiento; debido a esto, ha partir de 2002 se comenzó la discusión de una reforma al sector salud que abarcara otros aspectos. Gracias a la reforma AUGE/GES concretada en 2005, la cual establece un conjunto de medidas y transformaciones de institucionalidad, que se han evidenciado mejoras en indicadores como un mayor crecimiento en el gasto público en el sector, así como también el gasto per cápita. En relación a la cobertura; ha ido disminuyendo el porcentaje de individuos no cubiertos (lo que se explica en parte por incremento de beneficiarios en el sistema total). Por último, en relación a la entrega de atención a las enfermedades GES, se exhibe un constante crecimiento en el tiempo, con el debido reconocimiento que el gran prestador es el sector público. En este último punto es donde más hemos podido demostrar el rol del GES para disminuir inequidades, ya que en los indicadores anteriores el efecto se confunde con mejoras ya provenientes de inicios de la década.

Finalmente se ha revisado escuetamente los programas especiales focalizados esencialmente a los beneficiarios del sistema público, algunos de los programas expuestos han sido sumamente importantes a inicios de la década, sin embargo, se han visto complementados con la reforma GES, y en el caso de los préstamos médicos han perdido importancia, de todos modos no dejan de cumplir su objetivo y por ende aún están siendo utilizados y promocionados por FONASA, otros programas más recientes y en parte con objetivos no tan alineados a los del GES entregan y focalizan beneficios un tanto distintos como el caso del programa PAD que se preocupa de la eficiencia económica, de la atención y hasta de disminuir la incertidumbre a la que se ve expuesto el paciente.

Es así como el modelo chileno tiende a tomar rasgos del modelo canadiense, debido a que Chile se garantiza un conjunto de prestaciones en cuando a atención oportuna; con procedimientos claros de tratamiento y protección financiera sin una clara exclusión de la provisión privada de los servicios. En el modelo canadiense los proveedores del servicio de salud son privados (médicos de práctica particular y hospitales sin fines de lucro), cuya la atención no tiene copago asociado, pero el financiamiento proviene del Estado, el cual, a través de los gobiernos provinciales regula a los proveedores de atención.

CONCLUSIONES

En el presente seminario se ha analizado la estructura y el comportamiento del mercado de salud en la última década. El material presentado nos permite extraer las siguientes conclusiones

Primero, queda claro los efectos del cambio estructural al sistema de salud de la década de 1980, generándose un sistema mixto de aseguramiento, que llevó a fines de la década de 1990, a un modelo de prestaciones de salud segregadas, en el sentido de oportunidad de la atención, calidad y nivel de gasto de bolsillo asociado, entorno al tipo de seguro que tenía el beneficiario, sin una entidad fiscalizadora, con importantes atribuciones, de las atenciones del sistema en su conjunto.

Un segundo cambio institucional importante se dio a principios de la década del 2000 con tres programas, orientados a fortalecer la atención primaria y asistencial pública por una parte, y atenciones con costo conocido por otra, sólo para los beneficiarios de FONASA. El cambio se vio fortalecido desde 2005 con la puesta en marcha del plan AUGE. Todo lo anterior se entiende de la construcción y revisión de cuentas de salud, en dónde no solo aumentan los aportes fiscales, sino que también el aporte de FONASA, mientras que el gasto en atención primaria casi se triplica. Lo que muestra que programas y reformas implementadas tuvieron una contraparte importante en el presupuesto.

En relación al tema de equidad se han evidenciado mejoras en indicadores como: mayor crecimiento en el gasto público en el sector, y en el gasto per cápita. En relación a la cobertura, ha ido disminuyendo constantemente el porcentaje de individuos no cubiertos durante la década, demostrando acceso al sistema de salud. En relación a las atenciones GES, muestran crecimiento en el tiempo, siendo el principal prestador el sector público. Programas complementarios, como los de tercera

edad han llegado a complementar el apoyo a las personas que más lo necesitan, constituyendo, también, mejoras en equidad.

Finalmente, después de revisar el comportamiento de los beneficiarios, de las coberturas asociadas y de los gastos en prestaciones, podemos concluir que se evidencia una reducción de la brecha del gasto per cápita entre beneficiarios de FONASA e ISAPRE a partir de la puesta en marcha de la reforma AUGE/GES, y la mantención del número de prestaciones, a pesar del fuerte crecimiento en el número de beneficiarios.

Si miramos al sector desde una perspectiva de organización industrial, lo primero que se observa es el cambio en la composición del mercado de los seguros de salud, en el cual disminuye en número de beneficiarios de ISAPREs y crece el número de beneficiarios de FONASA, aumentando su participación de mercado. Esto podría mostrar que el seguro privado de salud está llegando a un *plateau*, mientras que FONASA comienza a jugar un rol de garante de atención de salud más que de seguro de salud administrado por el Estado. La transición en marcha favorece la solidaridad dentro de sus afiliados en .

Los prestadores de atención médica, los médicos y el mercado farmacéutico son los que en definitiva se reparten los montos destinados al financiamiento de salud. La conclusión más clara es la pérdida de poder relativo de los Médicos frente al modelo de dueños de los centros a atención médica. Esto se ha evidenciado principalmente en el sector privado. Tanto prestadores como farmacéuticas han fortalecido su peso a lo largo de la década, lo que se evidencia en el nivel de infraestructura por un lado, y por el aumento en el precio y volumen de venta de fármacos, por otro. Hay que considerar los prestadores necesitan invertir en infraestructura nueva para materializar su mayor presencia en el mercado. Un botón de lo anterior es que la expansión en infraestructura de internación que recién comienza a verse 5 años después de la puesta en marcha del AUGE.

Por lo tanto, podemos ver que la hipótesis inicialmente planteada se cumple, en parte, porque la brecha en gasto per cápita ha disminuido. Aún no se puede ver el resultado en el número de prestaciones per cápita, pero sí ha existido un mayor acceso a cobertura médica, lo que también es un indicador relevante para el objetivo planteado.

Entonces, observamos que el mercado salud en Chile puede ir en la tendencia de seguro público, que actúe como administrador de cotizaciones y de los aportes fiscales directos, y se provea de servicios de atención médica privados para cubrir el creciente número de beneficiarios que tiene. Debemos hacer mención que para que esto sea exitoso es necesaria no sólo la fiscalización si no también la regulación de los oferentes. Ya que se trata de mercados imperfectos donde existen innumerables causas de fracaso del sistema de precios.

Sin duda, el AUGE no sólo lleva a disminuir las inequidades en salud, si no que además ha hecho que la estructura del mercado de salud comience a cambiar, precisamente por los incentivos que se han puesto en el tiempo y por los recursos que tiene asociado una reforma completa. Por una parte se necesitan prestaciones de manera urgente y no se cuenta con la capacidad en los establecimientos públicos, por lo que se acude a comprar al sistema privado, mientras que por otra parte se necesitan aumenta la inversión en infraestructura, pero también aumenta la dotación de médicos y profesionales de salud. Entonces podemos decir que la estructura va a cambiar, el desafío es saber hacia dónde y con qué resultados, no sólo en distribución de rentas, sino que también en términos de equidad.

Por último consideramos relevante para próximas investigaciones asociadas a los diferentes mercados de salud considerar: el nivel de gasto de bolsillo que tienen los beneficiarios, más allá de la encuesta de presupuestos familiares; conocer el nivel de compras a prestadores privados por parte de FONASA, como también detenerse en el número de atenciones de prestadores privados a beneficiarios de libre elección; conocer la oferta del sistema ISAPRE por medio de los niveles de costos y cobertura

de sus planes y, hacer un análisis de la atención de salud construyendo indicadores de la calidad y eficiencia de los servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- ARMAS M., Rodolfo y GOIC G. Alejandro. Informe Sobre la situación Actual de la Educación Médica en Chile, Academia de Medicina del Instituto de Chile, Junio 2008.
- ARROW, Kenneth J, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. The American Economic Review, vol. 53, n° 5, diciembre 1963, páginas 941 – 973.
- BID, Banco Interamericano de Desarrollo, Sistema de Cuentas de salud, 2002.
- BARÓN, Gilberto, Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003, el Gasto Nacional en Salud y su Financiamiento, Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2007.
- BITRÁN A., Ricardo, ALMARZA, Francisco Xavier, Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en Chile, CEPAL, Serie financiamiento del desarrollo n°56 Santiago de Chile, Julio 1997.
- NACIONES UNIDAS, Estudios e Informes. La Industria Farmacéutica y Farmoquímica: desarrollo histórico y posibilidades futuras, Argentina, Brasil y México, Estudios e Informes de CEPAL n°65, Santiago de Chile, 1987 .Capítulo I y II, página 9 a 30.
- CLÍNICAS DE CHILE A.G., Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile, Santiago de Chile, abril 2010.
- CLÍNICAS DE CHILE A.G., Memoria de gestión 2010.
- CLÍNICAS DE CHILE A.G, ¿Faltan médicos en Chile?, temas de coyuntura n° 31, agosto 2010.
- CRITERIA Research, Estudio de Opinión a Usuarios del Sistema de Salud: Conocimiento de la Reforma GES-AUGE y posicionamiento de la Superintendencia de Salud [presentación power point], Superintendencia de Salud, Santiago de Chile, febrero 2009
- DEBROTT, David, Mercado de Medicamentos y Fundamentos Económicos de la Política Nacional de Medicamentos [presentación power point], Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Junio 2004
- ERAZO, Álvaro. La Reforma de Salud: una Obligación Social, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, septiembre 2004
- EVANS C., Alison y GERTLER J., Paul. Strategic integration of hospitals and physicians. Journal of Health Economics n°25, 2006.
- EVANS, Robert G. y BARER, Moris L. Health Care in Canada: Organization, Financing, and Access, University of British Columbia, Mayo 2001.
- FONASA; Propuesta de formulación de una política de protección financiera de medicamentos, Santiago de Chile, diciembre 2009.
- FONASA, Protección Social en Salud en Chile, Santiago de Chile, 2007.
- GARCÍA A, Pedro. Reforma Sistema de Salud Chileno [presentación power point] ,Ministerio de Salud de Chile, México, abril 2004
- INSTITUTO SALUD Y FUTURO, La Salud del Bicentenario, Chile 2011-2020: Desafíos y Propuestas, Santiago de Chile, Marzo 2011.
- INOSTROZA P., Manuel. El sistema ISAPRE y el sistema de salud: IPP-UDP [presentación power point]. Salud y Futuro, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile, Abril 2011.

KATZ, Jorge y MUÑOZ, Alberto. Organización del sector salud: puja distributiva y equidad. Buenos Aires, CEPAL Buenos Aires, 1988.

KATZ J., ARCE H., MUÑOZ A.: El modelo organizacional vigente y sus orígenes histórico institucionales. En Katz J. y col.: El Sector Salud en la República Argentina; su estructura y comportamiento. Editorial Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993, páginas 13-30.

KATZ, Jorge; MIRANDA, Ernesto, Mercados de salud: Morfología, Comportamiento y Regulación. Revista de la Cepal n°54, diciembre 1994

LAGOS A., Patricio, Modelo de Negocios Seguro Público de Salud y Gestión de Información [presentación power point], FONASA, XVI Regional Seminar of Fiscal Policy, CEPAL, Enero 2004.

LAGOS A., Patricio, Valorización de Prestaciones de Salud: Relación Seguro Público de Salud con la Red de Prestadores Público – Privada. El Costeo por Procesos desde la Perspectiva del Financiador, [presentación power point], FONASA, Congreso de Tecnologías de Información en Salud Corporación de Médicos para Chile, Santiago de Chile, Septiembre 2003.

LAGOS, P, El Costeo por Procesos desde la Perspectiva del Financiador [presentación power point], FONASA, Santiago de Chile, 2003

LARRAÑAGA, Osvaldo, Eficiencia y Equidad en el sistema de salud chileno, Serie financiamiento del desarrollo n°49, junio 1997

MAGNOLI, Alessandro, Cuentas Nacionales de Salud en América Latina y el Caribe: Conceptos, Resultados y Política de Empleo, Universidad de Harvard, 2001.

MIRANDA, Ernesto, Descentralización y Privatización del sistema de salud chileno, Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, revista n°39, 1990.

MINISTERIO DE SALUD, El mercado de medicamentos en Chile: caracterización y recomendaciones para la regulación económica, Autor: Carlos Vassallo, Santiago de Chile, 2010.

MINISTERIO DE SALUD en colaboración técnica Banco Mundial, Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. Enero 2010.

MINISTERIO DE SALUD, Cuentas Satélite de Salud, Chile, 2003-2007 Primera Etapa, mayo 2009.

Consultora Gemines - LatinPharma, Estudio de Oferta y Demanda del Sector Farmacéutico. 2006.

OPS, Organización Panamericana de la Salud, Estructura y comportamiento del sector salud en la Argentina, Chile y Uruguay: estudio de casos y modelo histórico-evolutivo de organización y comportamiento sectorial, 1993

POLLACK, Molly. Equidad de género en el sistema de salud chileno serie financiamiento del desarrollo n° 123, octubre 2002.

QUINTEROS, María Josefina, Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud [presentación en power point], Ministerio de Salud, mayo 2007

RODRÍGUEZ, Jorge y TOKMAN, Marcelo. Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999, serie financiamiento del desarrollo n° 106, diciembre 2000.

ROMAN, Oscar, PINEDA, Sabina; SEÑORET, Miriam. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. Revista Médica de Chile n°135, 2007.

ROMAN, Oscar; SEÑORET, Miriam. Estado Actual de las especialidades médicas en Chile: realidad en el sistema público no municipalizado.

ROMAN, Oscar A., Evolución de la oferta de médicos. Chile 1993-2008. Revista Médica de Chile 2010 n° 138, pagina 22-28.
Superintendencia de Salud, Prestaciones de Salud Curativas en el Sistema ISAPRE año 2010, junio 2010.

TITELMAN, Daniel. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile, Revista de la CEPAL n° 69, diciembre 1999.

TOKMAN, Marcelo; MARSHALL, Cristobal; ESPINOSA, Consuelo. Un matrimonio difícil: una convivencia entre un seguro público solidario y seguros de salud competitivos, Serie financiamiento del desarrollo n° 199, Diciembre 2007.

URRIOLA U., Rafael. Asignación de Recursos para Reducir la Inequidad [presentación power point]. Conferencia Internacional Aseguramiento Universal en Salud: Construyendo el financiamiento sostenible, Lima, Noviembre 2010

URRIOLA U., Rafael. Cuentas de Salud en Chile (Estimaciones Preliminares). Santiago de Chile, FONASA, Septiembre 2004.

URRIOLA U., Rafael. Financiamiento y Equidad en Salud: El seguro público chileno, Revista de la CEPAL n°87, Diciembre 2005

VERGARA, Marcos y MARTÍNEZ, M° Soledad, Financiamiento del sistema de salud chileno, Salud Pública de México, volumen 48, n°6, noviembre – diciembre 2006.

ANEXOS Y APÉNDICES

Capítulo I

Para los efectos de facilitar la comparación y determinar la variación real depurada del efecto inflacionario, todas las variables financieras se ajustaron de acuerdo a la variación del I.P.C., quedando todas las cifras expresadas en moneda (millones) de diciembre de 2009.

Tabla 20: Ingresos FONASA a pesos de Dic. 2009

Año	Aporte Fiscal	Cotizaciones	Copago	Otros Ingresos	TOTAL
1996	\$ 510.866	\$ 377.451	\$ 78.640	\$ 12.743	\$ 979.700
1997	\$ 560.331	\$ 407.466	\$ 86.457	\$ 11.796	\$ 1.066.050
1998	\$ 601.478	\$ 429.681	\$ 103.874	\$ 12.771	\$ 1.147.803
1999	\$ 640.450	\$ 460.088	\$ 112.816	\$ 12.003	\$ 1.225.358
2000	\$ 630.945	\$ 507.640	\$ 126.502	\$ 13.899	\$ 1.278.986
2001	\$ 678.209	\$ 564.084	\$ 141.035	\$ 18.049	\$ 1.401.378
2002	\$ 636.490	\$ 598.103	\$ 146.572	\$ 16.578	\$ 1.397.743
2003	\$ 692.433	\$ 644.015	\$ 134.815	\$ 18.445	\$ 1.489.708
2004	\$ 772.022	\$ 680.461	\$ 133.365	\$ 25.144	\$ 1.610.993
2005	\$ 845.692	\$ 752.545	\$ 127.250	\$ 22.385	\$ 1.747.871
2006	\$ 987.343	\$ 843.131	\$ 129.500	\$ 17.728	\$ 1.977.702
2007	\$ 1.102.085	\$ 882.797	\$ 123.951	\$ 13.424	\$ 2.122.256
2008	\$ 1.227.637	\$ 940.374	\$ 124.544	\$ 16.917	\$ 2.309.472
2009	\$ 1.705.361	\$ 1.023.351	\$ 131.218	\$ 25.823	\$ 2.885.754

Fuente: FONASA.

Tabla 21: Ingresos ISAPRE a pesos de Dic. 2009

Año	Cotización legal 7%	Cotización Adicional legal 2%	Cotización Adicional Voluntaria	Aporte empleados	Ingresos por Fondo de Compensación	TOTAL
1996	\$ 656.196	\$ 30.129	\$ 93.127	\$ 18.222	-	\$ 797.674
1997	\$ 697.470	\$ 23.299	\$ 124.195	\$ 17.777	-	\$ 862.740
1998	\$ 720.439	\$ 20.299	\$ 137.146	\$ 17.546	-	\$ 895.432
1999	\$ 691.397	\$ 15.883	\$ 155.588	\$ 18.632	-	\$ 881.500
2000	\$ 678.875	\$ 12.244	\$ 170.789	\$ 20.556	-	\$ 882.463
2001	\$ 687.902	\$ 7.015	\$ 187.945	\$ 22.745	-	\$ 905.607
2002	\$ 685.849	\$ 4.158	\$ 199.510	\$ 23.777	-	\$ 913.295
2003	\$ 680.882	\$ 2.449	\$ 231.800	\$ 25.806	-	\$ 940.936
2004	\$ 698.356	\$ 765	\$ 253.414	\$ 26.409	-	\$ 978.944
2005	\$ 728.876	\$ 3	\$ 257.881	\$ 21.712	-	\$ 1.008.471
2006	\$ 757.808	\$ 0	\$ 265.166	\$ 24.517	\$ 398	\$ 1.047.890
2007	\$ 806.729	\$ 0	\$ 269.107	\$ 28.565	\$ 526	\$ 1.104.928
2008	\$ 853.315	\$ 0	\$ 296.593	\$ 29.325	\$ 541	\$ 1.179.773
2009	\$ 886.933	\$ 0	\$ 332.036	\$ 31.905	\$ 668	\$ 1.251.542

Fuente: Superintendencia de Salud

Revisión de metodologías para el cálculo de las cuentas de salud

1. Cuentas Nacionales de Salud

La primera metodología es Cuentas Nacionales de Salud y ha sido desarrollado por la Universidad de Harvard y es el principal método para calcular el gasto nacional en salud en los países de la OCDE. Se pueden entender como, las cuentas estandarizadas por medio de marcos de contabilidad y de definiciones de salud homogéneas que proporcionan antecedentes para monitorear las tendencias del gasto en salud en todos los sectores: público y privado, diferentes actividades de atención de la salud, proveedores, enfermedades, grupos de población y regiones en un país; que ayudan a desarrollar estrategias nacionales para un financiamiento efectivo de la salud (OMS). Uno de los desafíos en el desarrollo de esta metodología es que debe identificar una frontera a partir de la cual se va a contabilizar como gasto en salud.

El cálculo y la estimación de este método se hace a través de una matriz de Fuentes y Usos, describiendo y siguiendo la totalidad de flujos del gasto en salud en los sectores gubernamentales y no gubernamentales (Magnoli, 2001), en donde cada flujo financiero es cuantificado concretamente en un espacio de la matriz, logrando sistematizar quién paga, cuánto y para quién. Dentro de este análisis surgen tres aspectos:

- a) Fuentes: que corresponden a las fuentes del gasto, las cuales en el caso de Chile tienen una macro división en Sector Público y Sector Privado.
- b) Agentes de financiamiento: instituciones intermediarias. En el caso de Chile se pueden identificar como ISAPREs y FONASA.

- c) Usos: son las clasificaciones que se le dan a quienes reciben los recursos de forma última. La clasificación que se le da es proveedores, cuidado de la salud y administración, e insumos. Es decir, indican la fuente de los fondos, y su destino y usos

Países de Latinoamérica han desarrollado este tipo de medición, pero siempre se cuenta con la limitación que pueden tener los datos por la forma de recolección de los mismos, pero su existencia en el tiempo depende de que los países usen la información para el diseño y ejecución de políticas.

Esta metodología, resulta relevante, debido a que permite que los gastos atribuidos a los sectores, público y privado puedan ser definidos en términos de fuentes e intermediarios, además de que la composición de las clasificaciones del gasto pueden ser estimadas en términos de varios usos y genera antecedentes, comparable entre países, que permite tomar decisiones y evaluar políticas en el sector salud. (Harvard)

2. Sistema de Cuentas de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose de el trabajo realizado por la OCDE para estandarizar la metodología dentro de sus países miembros, llama a que los países generen no sólo Cuentas Nacionales, si no que vayan un poco más allá, y desarrollen un Sistema de Cuentas de Salud (SCS), las cuales se basan en el las Cuentas Naciones de Salud.

A partir de las cuentas de salud se elaboran un conjunto de tablas interrelacionadas que permiten presentar en un formato normalizado de los gastos en salud y su financiación, y tiene dos propósitos: i) proporcionar una estructura para la recolección de datos internacional; ii) construir un posible modelo para rediseñar y complementar las cuentas nacionales de salud.

El sistema responde a tres preguntas:

- i) ¿de dónde proviene el dinero? (fuente de financiación),
- ii) ¿adónde va el dinero? (proveedor de servicios y bienes de salud),
- iii) ¿Qué tipo de servicios (definidos funcionalmente) se ofrecen y qué tipo de bienes compran? (OMS)

El sistema de cuentas de salud también define límites desde los cuales recopila información. En relación con la atención de salud, se enfoca de manera funcional, debido a que se refiere a los objetivos de la atención de salud, como la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, el tratamiento y la rehabilitación y la atención a largo plazo.

En relación con los proveedores de atención de salud, estos suelen clasificarse, como primarios y secundarios, en donde los primeros se identifican porque forman parte de los servicios de salud, como los hospitales, mientras que los secundarios tienen por objetivo proporcionar servicios sociales, por ejemplo atenciones siquiátricas. Pero OMS tiene su propia clasificación a los niveles de atención, mediante la identificación de atención primaria, secundaria y terciaria, explicitando dentro de las cuentas los usos de recursos que han tenido cada una de ellas.

Por lo tanto en las SCS, se va a entender como gasto total en salud aquel que *“mide el uso final de las unidades residentes de bienes y servicios de atención de la salud, más la formación bruta de capital de las ramas de actividad proveedoras de atención de la salud (instituciones cuya actividad principal es la atención de la salud)”*.

En la identificación de las fuentes de recursos, estas se pueden determinar de dos formas distintas: el primero, siguiendo la línea de las Cuentas Nacionales de Salud, desglosando el gasto en varias categorías; y el segundo analizando la carga final de la financiación por fuente, para luego rastrear de dónde proviene, llegando las fuentes intermedias como los seguros de salud obligatorios.

En términos teóricos lo que se quiere llegar a determinar, también, son precios y volúmenes de los servicios de salud durante un año. Para determinar lo anterior se necesita una metodología específica, pero se encuentra con la dificultad de que el cálculo, muchas veces, es a precios constantes de la producción de mercado y no de mercado de bienes y servicios de las ramas de actividad de atención de la salud. Para llegar a una solución factible se recomienda la medición directa de indicadores de producción, mediante indicadores de los insumos, del precio de los insumos, o índices compuestos; evitando usar datos con servicios fragmentados, como por ejemplo días camas, o considerando la existencia de precios regulados o administrados.

3. Cuentas Satélite de Salud

Finalmente, una última recomendación es que los países también puedan desarrollar cuentas satélite de salud, las cuales se pueden entender, también, como un sistema de estadísticas económicas que del sector Salud, que se fundamenta en un sistema contable uniforme y exhaustivo, utilizando clasificaciones y nomenclaturas validadas por todos los países, emplea criterios y tratamientos estandarizados y es consistente con las estadísticas económicas oficiales de los países. Pero que además incluye otros aspectos que están en torno al marco central de las cuentas de salud, por lo que se amplía la cobertura y de costos y beneficios, y el análisis por medio de indicadores, utiliza conceptos complementarios o alternativos, entre otros. En definitiva, se hace que la producción secundaria del sector salud sea contabilizada (MINSAL, 2008).

Lo que hacen es permitir: tener información adicional sobre aspectos sociales de naturaleza transectorial; usar conceptos complementarios, incluido marcos contables complementarios; ampliar la cobertura de los costos y beneficios de las actividades humanas; llevar más allá el análisis mediante indicadores pertinentes; y vincular los datos físicos con los datos expresados en términos monetarios (BID, 2002)

En el caso de Chile se han desarrollado trabajos en torno a las cuentas de salud y de las cuentas satélite. Para el presente trabajo, decidimos analizar el sector utilizando las cuentas de salud, debido a la mayor simplicidad con que se presentan los datos.

Capítulo II

Prestadores:

Desde su Memoria de Gestión del año 2010 se pueden dimensionar el peso del grupo económico Banmédica dentro de la oferta de prestadores privados. En relación a las camas, tienen cerca del 1000, lo que significa un sexto de la oferta total de los hospitales privados, y casi 600 box de consulta médica, lo que sumados, generan un ingreso de \$222.396 millones de pesos para el grupo.

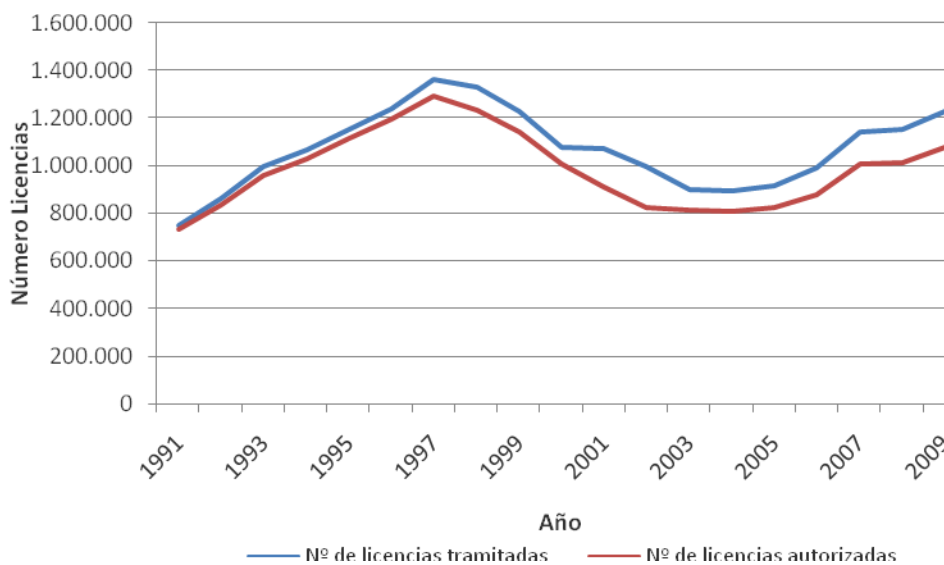
Cuadro 9: Oferta e ingresos grupo Banmédica al año 2010

	N° de camas	N° box consultas médicas	Ingresos por ventas (millones)
Clínica Santa María	302	143	\$ 90.490
Clínica Dávila	553	107	\$ 68.704
Vida Integra	0	236	\$ 28.177
Clínica Vespucio	80	52	\$ 16.451
Clínica Bio Bio	62	23	\$ 8.909
Clínica del Mar	61	37	\$ 9.665
	1058	598	\$ 222.396

Fuente: Memoria año 2010 – 2011 grupo Banmédica

Seguros:

Gráfico 28: Evolución Licencia Médicas Tramitadas y Autorizadas



Fuente: Elaboración Propia con datos de Superintendencia de Salud

Tabla 22: Ratio Cotización Adicional Voluntaria sobre Cotización Legal

Años	Cotización legal	Cotización Adicional Voluntaria	Ratio (%)
1990	\$ 306.478	\$ 27.451	9%
1991	\$ 360.737	\$ 34.760	10%
1992	\$ 428.719	\$ 43.645	10%
1993	\$ 488.205	\$ 57.683	12%
1994	\$ 544.467	\$ 72.135	13%
1995	\$ 607.871	\$ 84.068	14%
1996	\$ 656.196	\$ 93.127	14%
1997	\$ 697.470	\$ 124.195	18%
1998	\$ 720.439	\$ 137.146	19%
1999	\$ 691.397	\$ 155.588	23%
2000	\$ 678.875	\$ 170.789	25%
2001	\$ 687.902	\$ 187.945	27%
2002	\$ 685.849	\$ 199.510	29%
2003	\$ 680.882	\$ 231.800	34%
2004	\$ 698.356	\$ 253.414	36%
2005	\$ 728.876	\$ 257.881	35%
2006	\$ 757.808	\$ 265.166	35%
2007	\$ 806.729	\$ 269.107	33%
2008	\$ 853.315	\$ 296.593	35%
2009	\$ 886.933	\$ 332.036	37%

Fuente: Superintendencia de Salud

Tabla 23: Beneficiarios Sexo Masculino de ISAPRE por edad (en Dic de c/año)

Rangos de edad	2000	2003	2006	2009
< 20	576.224	491.423	458.177	444.715
20 - 29	289.121	246.743	262.785	282.737
30 - 39	301.851	265.249	264.370	279.876
40 - 49	208.113	201.963	209.819	219.550
50 - 59	124.965	123.022	129.377	143.265
60 - 69	49.617	51.280	57.274	68.237
70 - 79	15.225	17.317	18.289	20.485
80 - 84	1.994	2.543	3.416	4.491
> 84	1.442	1.419	1.748	2.355
S/clasificar		135	0	0
Total	1.568.552	1.401.094	1.405.255	1.465.711

Fuente: Superintendencia de Salud

Tabla 24: Beneficiarios Sexo Femenino de ISAPRE por edad (a Dic de c/año)

Rangos de edad	2000	2003	2006	2009
< 20	547.803	464.857	429.952	418.371
20 - 29	253.711	200.227	193.720	209.017
30 - 39	290.219	243.616	227.461	229.813
40 - 49	219.831	208.198	203.236	202.280
50 - 59	130.373	129.832	137.210	150.222
60 - 69	49.773	52.141	58.037	66.822
70 - 79	18.170	19.552	20.945	23.673
80 - 84	3.417	3.779	4.501	5.812
> 84	2.993	3.073	3.425	4.212
S/clasificar		189	0	0
Total	1.516.290	1.325.464	1.278.487	1.310.222

Fuente: Superintendencia de Salud

Capítulo III

Cuadro 10: Tabla de Factores de Riesgo Vigentes a 2009

Tramos de Edad	Cotizante Masculino	Cotizante Femenino	Carga Masculino	Carga Femenino
0 a menos de 2 años	1,75	1,75	1,75	1,75
2 a menos de 5 años	0,95	0,80	0,95	0,80
5 a menos de 10 años	0,65	0,55	0,65	0,55
10 a menos de 15 años	0,55	0,55	0,55	0,55
15 a menos de 20 años	0,60	0,70	0,55	0,65
20 a menos de 25 años	0,60	1,40	0,55	1,15
25 a menos de 30 años	0,80	2,15	0,60	1,55
30 a menos de 35 años	1,00	2,65	0,75	1,90
35 a menos de 40 años	1,25	2,55	0,90	1,75
40 a menos de 45 años	1,35	2,25	1,00	1,55
45 a menos de 50 años	1,60	2,45	1,20	1,70
50 a menos de 55 años	1,80	2,70	1,35	1,90
55 a menos de 60 años	2,40	3,00	1,85	2,05
60 a menos de 65 años	3,10	3,50	2,65	2,50
65 a menos de 70 años	3,60	3,70	3,30	3,00
70 a menos de 75 años	4,20	3,80	3,95	3,50
75 a menos de 80 años	4,80	4,50	4,50	4,50
80 años y más.	5,20	4,50	5,20	4,50

Fuente: Presentación "El sistema ISAPRE y el sistema de salud: IPP-UDP", P. Inostroza (2011)

Anexo Metodológico para la Construcción de Cuentas de Salud

Esta metodología que fue usada inicialmente en Harvard se asemeja a la de fuentes (columnas) y usos (líneas) de fondos Metodología para el desarrollo de los cuadros de Financiamiento 2000-2009: Es necesario explicar los ítems para cada columna, los cuales representan los ingresos de flujos al sistema de Salud. Estos fondos son utilizados por 6 distintos agentes: Sector Público, Sector Privado, Administración, Autoridad Sanitaria; Farmacia y No Asignados (residuo):

Aporte fiscal

- *Total*: Partida anclada, es decir este dato se obtiene del Informe Presupuestario Ejecutado acumulado al cuarto trimestre del año (DIPRES), a los ingresos totales se le descuentan las imposiciones previsionales (cotización obligatoria del 7%) y los ingresos de operación. A la cifra resultante se le suma el valor total del gasto de Hospitales FF.AA y Orden, y obtenemos el valor Total
- *Establecimientos SNSS*: Por diferencia en la columna, una vez obtenido el resto de los ítems este se obtendrá por simple diferencia.
- *APS Municipal*: Información obtenida del Sistema Nacional de Información Municipal, se ancla en el total de APS en total de ingresos en salud municipal que reporta la página y corresponde al aporte fiscal a la diferencia entre el valor ancla (total) y el Aporte Municipal en el área (segunda columna)
- *ISP*: Se extrae del Informe de Ejecución Presupuestario trimestral del respectivo año, acumulado al cuarto trimestre, en la partida número 09 correspondiente al Aporte Fiscal.
- *Hospitales FF.AA y Orden*: Corresponde al total de gastos extraído del Informe de Ejecución Presupuestario trimestral del respectivo año, acumulado al cuarto trimestre, a las siguientes instituciones: Organismo de Salud de la FACH, Hospital de Carabineros, Dirección de Sanidad, y Organismos de salud de la Armada.
- *Autoridad sanitaria*: Corresponde al ítem de aporte fiscal del balance de ejecución presupuestaria (acumulado 4to trimestre) para los siguientes organismos: Subsecretaria de redes Asistenciales, Superintendencia de Salud, Instituto de salud Pública e Inversión Sectorial.
- *Farmacia/Gasto Público*: Corresponde al 25% del gasto total en medicamentos (según estudio IMS Health), el cual se debería aproximar a la suma del total de monto de facturación de CENABAST y de la compra directa de los establecimiento de SNSS.

Aporte municipal (fondos propios)

- *APS Municipal*: Información obtenida del Sistema Nacional de Información Municipal, y corresponde al Aporte Municipal en el área de Salud

FONASA

- *Total:* Partida anclada, es decir este dato se obtiene del Informe de Ejecución Presupuestario trimestral del respectivo año, acumulado al cuarto trimestre, y corresponde al total de la partida 04 Imposiciones Previsionales.
- *Establecimientos SNSS:* Por diferencia en la columna, una vez obtenido el resto de los ítems este se obtendrá por simple diferencia.
- *ISP:* Se extrae del Informe de Ejecución Presupuestario trimestral del respectivo año, acumulado al cuarto trimestre, en la partida número 05 Transferencias Corrientes, luego 004 que proviene de FONASA.
- *Hospitales, Clínicas y Profesionales:* se extrae del Balance Presupuestario Devengado de FONASA, correspondiente a la partida 23 Prestaciones de Seguridad Social, Bonificaciones de Salud.
- *Administración de Seguros/FONASA:* corresponde a la suma de las partidas 21, 22, 29, 34 que representan los gastos administrativos de FONASA, del Balance Devengado Presupuestario de FONASA

Mutuales

Idealmente la fuente de información debería ser la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO) porque es la encargada de la supervigilancia, control y fiscalización de las Mutuales de Seguridad, pero al enfrentarnos a un sistema de información deficiente resulta más conveniente referirse a los Estados de Resultados de cada una de las mutuales de seguridad que existen en el país: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), Instituto de Seguridad del Trabajador (IST) y Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción.

- *Privado/Mutuales:* corresponde a la suma de las partidas Prestaciones Médicas y Hospitalarias y Prevención de Riesgos que aparecen en el Estado de Resultados para las 3 mutuales
- *Administración/Mutuales:* Suma de la partida gasto en administración y ventas que aparecen en el Estado de Resultados para las 3 mutuales
- *No Asignados:* suma de las excedente / déficit del ejercicio que aparecen en el Estado de Resultados para las 3 mutuales

ISAPREs

En el caso de las ISAPREs, se debe conocer dos números anclas, el primero corresponde a las cotizaciones obligatorias, las cuales se extraen de los estados de resultados de las ISAPREs, que publica la superintendencia de salud.

En el cuadro de total de cotizaciones obligatorias se incluyen los aportes del empleador. Luego se debe sacar la proporción entre la cotización obligatoria y la cotización voluntaria para poder distribuir los gastos explicados a continuación

- *Hospitales, Clínicas y Profesionales:* De los estados de resultados se saca la diferencia entre el total de prestaciones y el monto de subsidio de incapacidad laboral.

- *Administración/Isapres*: De los estados de resultados se extrae la suma del gasto en administración de ventas.
- *No Asignados*: Corresponde a la suma de los otros costos operacionales (Provisión prestaciones ocurridas y no liquidadas; otros costos; cápita; y egresos fondo de compensación).

Las tres partes anteriormente señalada se le asignan sólo al porcentaje del ingreso total de las isapres por concepto de cotizaciones obligatorias.

Cotización voluntaria ISAPRES

Corresponden a las cotizaciones voluntarias las cuales se extraen de los estados de resultados de las ISAPRES, que publica la superintendencia de salud.

- *Hospitales, Clínicas y Profesionales*: De los estados de resultados se saca la diferencia entre el total de prestaciones y el monto de subsidio de incapacidad laboral.
- *Administración/Isapres*: De los estados de resultados se extrae la suma del gasto en administración de ventas.
- *No Asignados*: Corresponde a la suma de los otros costos operacionales (Provisión prestaciones ocurridas y no liquidadas; otros costos; cápita; y egresos fondo de compensación).

Las tres partes anteriormente señalada se le asignan sólo al porcentaje del ingreso total de las isapres por concepto de cotizaciones voluntarias.

Copagos prestaciones

- *Establecimientos SNSS*: Corresponde los ingresos operacionales del Ministerio de Salud. Se obtiene del Informe de ejecución presupuestaria acumulada al cuarto trimestre del ministerio de salud.
- *Hospitales, Clínicas y Profesionales*: Se hace un cálculo de cuánto es el copago que hacen los beneficiarios del sistema ISAPRE y del sistema FONASA.

Se aplica la siguiente fórmula: total del gasto en *Hospitales, clínicas y profesionales de ISAPRE* por 33,3% más total gasto en *Hospitales, clínicas y profesionales de FONASA* por 52%.

Los porcentajes provienen de estudios realizados. En el caso del sistema privado de los reportes de las superintendencia de salud sobre prestaciones, en el caso del sistema público de un estudio realizado por FONASA.

Copagos en medicamentos

- *Farmacia / gasto privado*: Se calcula como el 30% (calcula a partir de la Encuesta de Presupuestos Familiares: cociente entre Gasto en Servicios de Salud y Gasto de Bolsillo) del total de gasto de bolsillo en salud reportado por las cuentas nacionales desarrolladas por Banco Central de Chile. Este número es considerado ancla, por lo tanto, es el primer número que se debe calcular en este ítem.

A su vez, el monto calculado representa el 75% del total de gasto en farmacia.

Otros directo:

- *ISP*: Diferencia de la fila, en donde se tiene como número ancla el total de ingresos del ISP.
- *Hospitales, Clínicas y Profesionales*: Se obtiene de la diferencia del gasto de bolsillo en salud reportado por el Banco Central de Chile⁵⁶ y la suma de todos los otros gastos de bolsillo conocido.
- *Autoridad Sanitaria*: Suma de los ingresos corrientes que provienen de ventas de servicios a terceros, de cada una de las organizaciones que se consideran. Se obtienen de los informe de ejecución presupuestaria acumulada al cuarto trimestre.

Explicaciones de los casos en los que faltaban datos:

Año 2000: APS Municipal: al tener los datos del año 2001, se corrigieron estos datos según el crecimiento del gasto público en el sector salud del año 2000, resultó ser igual al 8%. Adicionalmente se llevaron los datos a pesos del año 2000.

⁵⁶ Dato extraído de Cuentas Nacionales, CONSUMO FINAL DE HOGARES E INSTITUCIONES PRIVADAS SIN FINES DE LUCRO, cuadro 1.64 (año 2003-2009) y cuadro 1.66 (año 1996-2004).