

UNIVERSIDAD DE CHILE
Facultad de Economía y Negocios

La Justicia Financiera del Sistema de Salud Chileno

Tesis para optar al grado de Magíster en Políticas Públicas

Paola Pérez López

Profesor Guía: César Oyarzo Mansilla

Enero, 2009

Índice

Resumen	3
1. Introducción	5
2. Antecedentes	10
3. Marco Teórico	22
3.1 Equidad en Salud	22
3.2 Equidad en el Financiamiento de la Salud	26
3.3 Fuentes Financiamiento	28
4. Metodología	30
4.1 Justicia Financiera en Salud	30
4.2 Estudio Empírico	37
4.3 Limitación de los Datos	48
5. Resultados	49
6. Análisis y Discusión	71
7. Conclusiones	78
8. Consideraciones Finales y Recomendaciones de Política Pública	81
9. Referencias	84
10. Anexos	86

Resumen

Este estudio examina la Justicia Financiera de los dos subsistemas de salud que coexisten en Chile –FONASA e ISAPRES–, mediante el estudio de las dos principales fuentes de financiamiento –los Gastos de Bolsillo en Salud y las Cotizaciones en Salud– buscando responder las siguientes interrogantes: ¿Es regresiva o progresiva la contribución financiera que hacen los hogares, por concepto de cotizaciones de salud y gastos de bolsillo?, ¿Existen hogares que postergan sus atenciones de salud, ya sea porque no cuentan con dinero para acceder a éstas o porque la oferta es insuficiente?, y finalmente ¿Cuáles son los efectos –catastróficos y empobrecedores– de los gastos de bolsillo en salud en los hogares chilenos?. Hemos encontrado conclusiones particulares para cada uno de los subsistemas de salud: FONASA en las dos fuentes de financiamiento analizadas presenta un tendencia progresiva, en tanto en las ISAPRES sucede todo lo contrario, la tendencia es regresiva, así un sistema solidario en su financiamiento logra en mayor medida el objetivo de lograr un sistema de salud más justo en su financiamiento que un sistema individual en su financiamiento. No obstante, en cuanto a acceso a los servicios de salud, FONASA tiene una tarea pendiente, los hogares presentan problemas para acceder a la atención, especialmente los más pobres. En cuanto a los efectos financieros de los gastos de bolsillo en salud en los hogares, respecto de los gastos empobrecedores, éstos afectan principalmente a los hogares más pobres, incidiendo principalmente en FONASA, que es donde mayormente éstos están. Y en cuanto a los gastos catastróficos, en FONASA afecta principalmente a los hogares más ricos, debido a que éstos contemplan menores niveles de protección financiera en este tipo de seguro; en tanto en las ISAPRES sucede lo contrario, es decir afecta principalmente a los hogares más pobres, explicado por los menores niveles de protección financiera que pueden acceder con los planes contratados. Asimismo, hemos hallado que tanto para los hogares FONASA como ISAPRES, los gastos catastróficos no estarían asociados grandes sumas de dinero y se tratarían de gastos de salud asociados a enfermedades crónicas o eventos agudos recurrentes de algún integrante del hogar. Por último, el gasto en medicamentos es el principal componente del gasto de bolsillo en salud, y su importancia es transversal a todos los hogares, pero afecta en mayor medida a los hogares más pobres. La falta de cobertura en los planes de salud explicaría su relevancia dentro del gasto de bolsillo.

A Jim, Pietro, Robinson, Vero y Nelson por el cariño incondicional que nos une.

Mis sinceros agradecimientos a:

César Oyarzo por su orientación, tiempo, comprensión, paciencia, y confianza en mí.

A Alberto Muñoz y Eduardo Salazar por su enorme disposición y paciencia.

A David Debrott por su confianza y enorme voluntad.

1. Introducción

El mejoramiento de la justicia financiera es uno de los mayores retos de los sistemas de salud alrededor de todo el mundo y el sistema chileno no es la excepción.

Cuando hablamos de justicia financiera nos referimos a la equidad del financiamiento del sistema de salud. De acuerdo a la OMS, un sistema de salud tiene un financiamiento justo cuando los costos se distribuyen de acuerdo a la capacidad de pago de las personas y no al riesgo de enfermar.

Un financiamiento equitativo ideal se hace cargo de dos problemas: de los pagos anticipados regresivos¹ y de los grandes gastos imprevistos, los cuales pueden llegar a hacer catastróficos y empobrecedores. Es decir, por un lado desvincula la contribución financiera de los riesgos de salud y por otro lado la separa casi en su totalidad de la utilización de los servicios sanitarios necesarios.

Un indicador relevante que nos permite discutir sobre la falta o presencia de la protección financiera que tiene un sistema de salud es la proporción de gasto en salud que es costeada con el gasto de bolsillo de las personas u hogares, ya que el gasto de bolsillo es considerada la fuente más inequitativa y más ineficiente de financiar la atención de la salud (Cluter, 1995; Frenk, et al., 1994).

El gasto de bolsillo en salud es ineficiente ya que no aprovecha la agregación de riesgos, es decir, no permite la mancomunación de los riesgos entre las personas sanas y las enfermas, y es inequitativo ya que rompe con el principio de financiamiento justo, debido a que los que más pagan son los más enfermos, quienes con frecuencia son también los más pobres. Además, el gasto de bolsillo en salud, expone a las personas u hogares a gastos excesivos que pueden llegar a ser catastróficos y empobrecedores.

¹ Respecto a los Pagos Anticipados ó también denominados Prepagos, se refiere a la situación en la que los fondos para la salud son recolectados a través de los impuestos y / o contribuciones a la seguridad. K. Xu, D.Evans y A.M. Aguilar Rivera (2005). WHO Technical Briefs for Policy-Makers, N° 2, Ginebra. En cuanto al término Regresivo, se refiere a la situación en que las personas de menores ingresos pagan una mayor proporción que aquellas personas que tienen mayores ingresos.

De esta forma, la necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a la atención en salud o al consumo de medicamentos es una fuente importante de inequidad, ya que por un lado, a igual necesidad de atención de salud, quienes tienen mayor capacidad de pago lo pueden hacer en mejores condiciones que quienes tienen una menor capacidad para solventar dichos gastos. Y por otro lado, la incapacidad de pagar por atención de salud puede llevar a que la persona no acceda a la atención, lo cual puede afectar su estado de salud dado que no recibirá la atención en forma oportuna.

Bajo ese contexto, la estructura de la carga financiera del sistema de salud es un determinante clave desde el punto de vista de la equidad y de la solidaridad. A mayor incidencia en la estructura tenga el gasto de bolsillo menor es la redistribución y mayor la inequidad.

De ahí la importancia, tanto para las políticas de salud como las de redistribución, que tiene el estudio de la contribución financiera al sistema de salud, del cual existen escasos estudios sobre el caso chileno.

Uno de los estudios más conocido en esta materia, pero no por ello exento de críticas, es el elaborado por la OMS, plasmado en su Informe Mundial de Salud: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud (IMS 2000), en donde Chile ocupa el lugar 168 en términos de justicia en la contribución financiera al sistema de salud, de un total de 191 Estados miembros de ese Organismo. Esto se explica principalmente por la alta participación de los gastos de bolsillo en el financiamiento del sistema de salud y que se refleja en una debilidad de la protección financiera del sistema de salud chileno, en comparación con los demás países.

Bajo ese marco, la hipótesis de trabajo plantea que el sistema de salud chileno es injusto en su financiamiento.

El propósito de este trabajo es examinar la Justicia Financiera del Sistema de Salud Chileno mediante el análisis de la distribución de la contribución financiera en los dos subsistemas de salud que coexisten en Chile – FONASA e ISAPRES –. Para esto, en una primera parte se analiza la distribución y la estructura del gasto de bolsillo en salud, lo que nos permite determinar los posibles efectos de estas contribuciones al sistema de salud en el área de los ingresos y el área de la carga. Estos efectos son capturados a través de tres indicadores (1) El índice de justicia en la contribución financiera, (2) La proporción de hogares que se empobrecen producto de la contribución financiera, y (3) La proporción e hogares con gastos catastróficos por motivos de salud. En definitiva, estas medidas nos permiten dimensionar la justicia en el financiamiento del sistema de salud chileno por medio del examen de la repercusión de la contribución financiera en los hogares. Para lo anterior, se analizará la primera Encuesta Nacional, llevada a cabo en Chile, sobre Satisfacción y Gasto en Salud con la metodología propuesta por Xu (2005) sobre la distribución del gasto en salud y gastos catastróficos.

La segunda parte consiste en analizar la progresividad de la contribución financiera de los hogares a los subsistemas de salud, mediante el análisis de la distribución de la carga de las dos principales fuentes de financiamiento del sistema de salud chileno, cotizaciones de salud y gastos de bolsillo en salud. Esto es, se busca establecer si son los hogares de menores ingresos los que contribuyen en una mayor proporción al financiamiento de su salud en comparación a los hogares de ingresos altos, y por lo cual estaríamos frente a un sistema de salud cuyo financiamiento es regresivo, o bien, sucede lo contrario, es decir son los hogares con mayores ingresos quienes aportan en mayor proporción, al financiamiento del sistema, por lo cual nos encontraríamos frente a un sistema cuya financiación es progresiva. O tal vez, estemos ante un sistema de salud cuyo financiamiento es neutral, en donde todos los hogares aportan la misma proporción de su ingreso. Dado la disponibilidad de información, el análisis de la progresividad de las cotizaciones de salud se llevará a cabo a nivel agregado para los dos tipos de aseguramientos existentes en Chile, con datos provenientes de la Superintendencia de Salud y FONASA. En tanto, para la progresividad del gasto de bolsillo en salud se realizará a través de datos a nivel de hogar, para ambos

subsistemas de aseguramiento, obtenidos de la Encuesta Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud 2005 (Minsal).

Y una tercera parte consiste en examinar si las personas aun cuando tienen la necesidad por atención de salud, no utilizan los servicios de salud, debido a que no cuentan con los recursos para hacerlo o para evitar caer en la pobreza, o bien porque es insuficiente la oferta de servicios de salud. De esta forma, se lleva a cabo un análisis de la distribución de las necesidades de salud y utilización de los servicios de salud. Para este análisis se usará la encuesta CASEN 2006, la cual contiene información acerca de la necesidad y utilización de servicios de salud, tanto a nivel de hogar como por tipo de aseguramiento en salud. Lo anterior, contribuye a establecer si los gastos de bolsillo en salud se ven afectados o no por la situación descrita anteriormente.

De esta forma, el aporte de este trabajo dice relación con un primer intento de analizar la justicia financiera de los subsistemas de salud chileno, centrando el foco en las dos principales fuentes de financiamiento del sistema como son el Gasto de Bolsillo en Salud y las Cotizaciones en Salud, con data actualizada (2005-2006), recolectada y generada para tales efectos², y no a través de métodos de estimación indirecta como los usados por la OMS en su IMS 2000, lo cual generó gran controversia y crítica al imputar resultados respecto a la Justicia Financiera del sistema de salud con datos discutibles. Asimismo, a diferencia de lo realizado por la OMS, cuyos resultados son en términos generales, es decir, la evaluación sobre la Justicia Financiera del Sistema de Salud Chileno se hizo mirando el todo, este trabajo analiza la Justicia Financiera a nivel de subsistema de aseguramiento de salud en Chile -FONASA e ISAPRES-, cuestión no menor al tratarse de un sistema de salud altamente segmentado. Así, se avanza en medir los potenciales efectos de los gastos de bolsillo en salud, y establecer si los subsistemas de salud chileno son progresivos, regresivos o neutrales en su financiamiento.

² Los datos respecto a los Gastos de Bolsillo en Salud provienen de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud 2005 (Minsal). En tanto, los datos de las Cotizaciones de Salud provienen para el caso de FONASA de esta misma Institución, y para el de las ISAPRES, estos datos fueron generados por la Superintendencia de Salud.

Otro asunto interesante que aborda esta tesis, es el análisis de la estructura del gasto de bolsillo en salud, lo cual nos permite demostrar en qué tipo de servicios de salud las personas no cuentan con una cobertura o bien ésta no es suficiente, de acuerdo al Plan de Salud que les proveen sus seguros de salud.

También, pretende establecer sobre si los gastos catastróficos en salud, que afectan a ciertos hogares chilenos, lleva a que éstos se empobrezcan. Y si la magnitud de éstos, en términos absolutos, es de grandes sumas.

Además, y dado que los gastos de bolsillo en salud son aquellos pagos directos que hacen las personas al momento de utilizar los servicios de salud, es de nuestro interés abordar en esta investigación, la posibilidad de que las personas postergan sus atenciones de salud porque no cuentan con los recursos para hacerlo o bien porque es insuficiente la oferta de servicios de salud. Tema no menor, ya que si existe evidencia de lo anterior, podría implicar que los gastos de bolsillo en salud difieran entre lo esperado de lo real. Dado lo anterior, es relevante al realizar un análisis de progresividad del gasto de bolsillo de salud, se someta a estudio la ocurrencia o no de este tipo de situación.

Y por último, y en el marco de la implementación de la Reforma de Salud, aportar con data pre-reforma, que permita en los años venideros evaluar los efectos de ésta en la equidad del sistema de salud chileno, en particular la financiera.

En suma, este trabajo pretende contribuir a la evidencia acerca de la Justicia Financiera del Sistema de Salud Chileno, en periodo Pre-Reforma de Salud, y de cómo la (in)justicia financiera afecta a los hogares chilenos.

La estructura de este estudio es la siguiente: En el capítulo dos se entrega una breve descripción acerca del sistema de salud chileno en cuanto a su organización, financiamiento y acceso. Luego, en el capítulo tres, se desarrolla el marco teórico, donde principalmente se expone los conceptos de equidad, justicia financiera y fuentes de financiamiento y qué entenderemos por ellos a lo largo de este trabajo. El capítulo cuatro describe la metodología

y la forma en cómo se aborda el estudio de la justicia financiera para los dos subsistemas de salud –FONASA e ISAPRES– la cual descansa en tres pilares: el análisis de la distribución de los gastos de bolsillo de salud y sus efectos en las áreas del ingreso y de la carga o sacrificio; el análisis de la progresividad de las contribuciones a la seguridad en salud y del gasto de bolsillo en salud; y el análisis de la posibilidad de que los gastos de bolsillo en salud estén afectados por la falta de acceso a la salud, mediante el análisis de la distribución de las necesidades de salud y utilización de los servicios de salud.

Cabe hacer notar que los datos utilizados para el análisis son los oficialmente disponibles y dispuestos por los organismos responsables de su elaboración y publicación.

Finalmente, en los capítulos siguientes, se entregan los resultados, los análisis y las principales conclusiones del estudio, así como también algunas recomendaciones de política en pro de contribuir a avanzar en términos de justicia financiera el sistema de salud chileno.

2. Antecedentes

A principios del nuevo milenio, el Estado de Chile formuló Objetivos Sanitarios Nacionales, para la década 2000-2010, como un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, siendo el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población, siendo estos Objetivos Sanitarios el primer paso orientador de la Reforma a la Salud que vendría años más tarde.

La primera gran reforma sanitaria de nuestro país, surgida en 1952, permitió reducir con éxito la mortalidad materno-infantil y las enfermedades infectocontagiosas. Esta vez, los desafíos son otros. La nueva Reforma de Salud, implementada a mediados de esta década, tiene como imperativo disminuir las inequidades que aún subsisten en salud, enfrentar los desafíos derivados por el envejecimiento de la población y de los cambios de estilo de vida.

Todo lo anterior, inspirado en los principios de equidad y solidaridad que permitan garantizar a todos los chilenos y chilenas, el derecho a acceder a una salud, oportuna, digna y de calidad.

Así la equidad en salud es uno de los principios principales de esta Reforma y de los Objetivos Sanitarios planteados para esta década.

En efecto, dentro de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 se consideró abordar la equidad en el financiamiento, específicamente a través del Objetivo IV, que corresponde a: “Proveer Servicios Acordes con las Expectativas de la Población”³, donde se sintetizan los compromisos asumidos en torno a tres ejes fundamentales: *Justicia Financiera*, Satisfacción Usuaría, y Calidad de la Atención.

Respecto de la *justicia financiera*, se declara que el Estado debe procurar que todas las personas tengan acceso a la atención de salud y que la situación económica de éstas no sea un obstáculo, o se vea menoscabada por el impacto de las prestaciones de alto costo.

Ahora bien, de acuerdo al estudio elaborado por la OMS, materializado en su Informe Mundial de Salud (IMS 2000), donde se midió el desempeño de los sistemas de salud de los 191 Estados miembros de este organismo internacional, Chile obtuvo la posición 33 en términos del logro global, el cual comprendía tres metas generales: mejora de la salud, respuesta a las legítimas expectativas de la población, y justicia financiera. Sin embargo, en términos de justicia financiera la posición obtenida fue 168, con un índice de 0,864, muy por debajo de otros países latinoamericanos tales como Colombia (1 posición), Cuba y Uruguay, y más aun de los países desarrollados⁴. En este informe se observa que la alta participación de los gastos de bolsillo en el financiamiento del sistema de salud chileno da cabida a un sistema de salud además de segmentado, a ser inequitativo en el financiamiento, y que en consecuencia no asegura la Protección Financiera de toda la

³ Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, Minsal.

⁴ Para mayor profundidad ver Informe Mundial de Salud 2000. OMS.

población. Cabe hacer notar, que el IMS 2000 no ha estado excluido de críticas, sobretodo en el ámbito de que las conclusiones del Informe no se basaban en datos adecuados⁵.

A nivel nacional, no existen estudios que hayan utilizado la metodología de la OMS. Sin embargo, ha habido esfuerzos en la materia, como el Estudio “Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera” de la Superintendencia de Salud, donde se hace un análisis descriptivo de la equidad en el financiamiento y la protección financiera de los afiliados de FONASA y las ISAPRES, y cuyos resultados principales indican que: El 38% de los recursos totales que el país gasta, se ocupan en el 21% de la población (ISAPRE) y el 62% de los recursos se destina a la mayoría restante de 79% de la población (FONASA). Y con respecto a los gastos de bolsillo, ocupan el segundo lugar en importancia para el financiamiento global de la salud en Chile (33%). La distribución del financiamiento por gasto de bolsillo, difiere entre el sector público y privado, siendo significativamente mayor en las ISAPRES. Concluyendo de esta forma que la distribución del financiamiento de la salud, entre el sector público y el privado, es inequitativa.

En consecuencia mejorar el desempeño del sistema de salud chileno en el área de la Justicia Financiera es esencial, ya que existe consenso de que los sistemas de salud no solo deben velar por mejorar el nivel de salud de la población, sino que además protegerla de los costos financieros que se originan producto de una enfermedad.

De esta forma, para contribuir a medir el desempeño de la justicia financiera del sistema de salud, el Ministerio de Salud de Chile, con la colaboración de la OMS, se volcó a desarrollar la Primera Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS 2005), la cual tiene por objeto, entre otros, determinar a nivel de hogares la proporción que representa el gasto de bolsillo en salud respecto al gasto total del hogar.

⁵ Para mayor ahondamiento del tema ver Almeida et al, 2001. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000.

Los datos recolectados a través de esta Encuesta se plasmaron en un informe de los resultados de los Gastos de Bolsillo, preparado por el Minsal (2006)⁶, pero no aborda el desempeño del sistema de salud chileno en términos de justicia financiera, por lo cual este estudio constituye una primera aproximación al tema en cuestión con esta data.

Sistema de Salud Chileno⁷

El sistema de salud chileno es mixto, en donde la participación del sector público y del sector privado tiene lugar tanto en el aseguramiento, financiamiento y provisión.

El subsistema público, está integrado por una serie de Organismos, siendo el Ministerio de Salud quién los encabeza, y le corresponde entre otras labores el diseñar y fijar las políticas de salud, de fiscalizar, evaluar y controlar las políticas implementadas, y de la coordinación sectorial e intersectorial.

Asimismo, participan en este sector, los llamados organismos autónomos, los cuales son: el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud (SIS).

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), es un seguro social de salud solidario, y su labor es recaudar, fiscalizar, financiar, administrar y distribuir los recursos del Seguro, así como también intermediar la compra de atenciones de salud a prestadores públicos y privados para sus beneficiarios.

La provisión de atenciones de salud, está a cargo de los 28 Servicios de Salud a lo largo del país, los cuales tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial, ambulatoria y hospitalaria, correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

⁶ Informe Resultados Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud. Minsal 2006.

⁷ En este punto no se incorporan la administración del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, y los Seguros Previsionales de las Fuerzas Armadas.

La red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, así como también por los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio jurisdiccional y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

El subsistema privado de salud, está constituido por aseguradoras de salud denominadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y por prestadores de salud individuales e institucionales.

Actualmente, el número de ISAPRES⁸ llega a 14, de las cuales 8 corresponden a ISAPRES abiertas (la afiliación es abierta a todo público) y 6 a cerradas (afiliación a trabajadores de determinadas empresas). A diferencia de FONASA que es un seguro solidario, las ISAPRES ofrecen planes de salud bajo la lógica individual.

Los prestadores privados de salud son hospitales, clínicas, centros especializados (laboratorios, imagenología, etc.) y profesionales independientes (médicos, enfermeras, kinesiólogos, entre otros). Estos prestadores de salud atienden, mediante convenio con FONASA y/o ISAPRES, a los cotizantes y cargas de estos seguros de salud.

El acceso de la población a las atenciones y beneficios en salud, es a través de un sistema de afiliación obligatoria, en donde los trabajadores dependientes y los pensionados están obligados a cotizar el 7% de su renta⁹, al sistema de salud. Los cotizantes pueden optar entre destinar estos recursos a FONASA o alguna de las aseguradoras privadas.

Así, si opta por FONASA, podrá acceder el cotizante y sus cargas legales, al plan de salud y a los beneficios que ofrece este seguro solidario a todos sus beneficiarios. Este seguro opera sobre la base de un esquema de reparto, en donde independiente del nivel de

⁸ Según cifras de la Superintendencia de Salud a marzo de 2008.

⁹ Con un tope máximo de 4,2 Unidades de Fomento (UF) mensual.

contribución que haga la persona y el número de sus cargas familiares, los beneficios son iguales para todos sus beneficiarios. FONASA se caracteriza por redistribuir desde quienes tienen mayores ingresos hacia a aquellas con menores ingresos, además de ser un seguro que redistribuye entre los más sanos hacia los menos sanos.

Las personas carentes de recursos y los no cotizantes¹⁰ forman parte del FONASA, los cuales son financiados con recursos provenientes de aporte fiscal que hace el Estado.

Los cotizantes y sus cargas afiliados a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la Modalidad de Libre Elección (MLE). En la primera, los beneficiarios de FONASA reciben las atenciones a través de los Establecimientos Públicos de Salud (hospitales, consultorios de atención primaria, centros de salud familiar, postas rurales, entre otros) o ciertos prestadores privados que forman parte de la red asistencial pública de salud.

La puerta de entrada para acceder a las atenciones de salud en esta modalidad, es a través de la atención primaria de salud, es decir a través de los consultorios de atención primaria, por lo cual los beneficiarios deben inscribirse en uno de estos establecimientos (ya sea el que corresponda a su domicilio o lugar de trabajo). En caso de requerir atenciones de mayor complejidad, las personas son derivadas desde el consultorio hacia un hospital indicado por el médico tratante.

Con respecto al pago por las atenciones recibidas en la MAI, dependerá del grupo o tramo de ingreso en el cual esté clasificado el cotizante y sus cargas, así quienes se encuentren clasificados en el tramo A y B (tramos de más bajos ingresos) la atención es gratuita¹¹, en tanto los beneficiarios que estuvieren clasificados en los tramos C y D, pagan un 10% y 20% del valor de la atención respectivamente. Además, las atenciones recibidas en los

¹⁰ Se refiere a las personas carentes de recursos, a los causantes de SUF y los beneficiarios de PASIS. Son clasificados en Tramo A de FONASA y para ser calificados como tal deben cumplir ciertos requisitos de condición socioeconómica evaluados por FONASA.

¹¹ Excepto en las prestaciones dentales, en donde los beneficiarios del Tramo B si copagan un 30%, los del tramo C un 50%, y los del tramo D un 80%, del valor de la atención.

consultorios de atención primaria en general son gratuitas para todos los beneficiarios FONASA independiente de su tramo de ingreso.

Cabe destacar, que las personas carentes de recursos se encuentran clasificadas en tramo A por lo cual las atenciones que reciben son gratuitas, sin embargo, estas personas solo pueden acceder a las atenciones de salud entregadas a través de la MAI.

Además, las personas de 60 años y más pueden acceder a todas las atenciones de esta modalidad en forma gratuita independiente en su tramo de ingreso.

En la Modalidad de Libre Elección, los beneficiarios reciben las atenciones de prestadores privados (profesionales o institucionales) en convenio con FONASA. Además, en la MLE también pueden atender los hospitales públicos a través de su sistema de pensionado o semipensionado, previa celebración del convenio con FONASA para tales efectos. A esta modalidad de atención pueden acceder todos los beneficiarios de FONASA clasificados en los grupos B, C y D.

La atención en la MLE requiere de un copago por parte del beneficiario, y su valor depende del nivel de inscripción del profesional o establecimiento de salud donde se atiende, existiendo para ello tres niveles (1, 2, 3), donde el nivel 1 es el más barato y el 3 el más caro.

Por su parte, si opta por las aseguradoras privadas o más conocidas como ISAPRES, las cuales operan basadas en contratos individuales, en que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima pagada, el afiliado accede a un plan de salud que especifica la cobertura y los tipos de beneficios para el afiliado individual o bien para el afiliado y su grupo familiar. Así, los beneficios varían según la cotización y el riesgo médico del o los asegurados.

De esta forma, el subsistema ISAPRES no es un sistema solidario, ya que el afiliado accede a un plan de salud que depende del monto de su cotización, del número de cargas y de la

edad y sexo de éstos, pudiendo cotizar un porcentaje mayor al legal (7%) con el fin de acceder a un plan con mayores beneficios.

Así, tenemos que en este subsistema existen tres conceptos necesarios de entender: la cotización legal, la cotización adicional, y la cotización pactada. La cotización legal se refiere a aquella cotización correspondiente al 7% de la renta imponible, la cual es obligatoria para todos los trabajadores dependientes y pensionados. En tanto la cotización adicional, es aquella cotización voluntaria y tiene por objeto acceder a un plan de salud mejor en cuanto a coberturas y beneficios del que se hubiere obtenido sólo con el 7%. Y por último, la cotización pactada, se refiere a la suma de la cotización legal y de la cotización adicional voluntaria.

En efecto, para el año 2006 a nivel de subsistema, la cotización promedio pactada representó un 9,7% de la renta imponible¹². Cabe indicar, que la distribución de la cotización pactada no es en la misma proporción para todos los cotizantes, ya que las personas deciden en forma voluntaria cuanto más de su ingreso destinarán para complementar el precio del plan de salud a contratar. En consecuencia, no necesariamente los ingresos más altos son quienes pagan más proporcionalmente, sino que al contrario lo esperable es que las personas con ingresos más bajos paguen proporcionalmente una mayor cotización que las personas de más altos ingresos, ya que lo pactado en cuanto a cotización es en relación al riesgo de los individuos (sexo/edad), y quienes con frecuencia son también los más pobres (mujeres, niños y ancianos).

Las personas pueden acceder a las atenciones de salud de acuerdo a la cobertura especificada (prestación, prestador, cantidad y precio) en el plan de salud contratado con la ISAPRE. El monto a pagar por las atenciones también está directamente relacionado con el plan de salud que haya contratado.

Para el año 2006, el sistema de salud revela que 14.163.938 personas del país se encuentran adscritas a uno de los subsistemas de salud, de los cuales un 81% es beneficiario de

¹² De acuerdo a cifras estimadas del Boletín Estadístico 2006, Superintendencia de Salud.

FONASA y el 19% a las ISAPRES¹³. Asimismo, existe un 11% (1.836.394)¹⁴ de la población chilena que no cuenta con protección social en salud. En la Tabla I, se observa que al desagregar los datos FONASA tiene una proporción mayor de mujeres y adultos mayores, considerados los más riesgosos en términos de salud. Cabe destacar, que del total de adultos de 60 años y más afiliados a uno u otro seguro, el 91% está en FONASA.

Tabla I. Cobertura del Aseguramiento en Salud, Dic. 2006

	FONASA	ISAPRES
Beneficiarios	11.479.384	2.684.554
Beneficiarios de 60 Años y Más	1.707.560 (14,88%)	167.635 (6,24%)
% Beneficiarios por Sexo:		
<i>Mujeres</i>	51%	48%
<i>Hombres</i>	49%	52%

Fuentes: Boletín Estadístico de FONASA y de la Superintendencia de Salud, 2006.

La cotización promedio mensual por cotizante en las ISAPRES alcanza los \$60.905.-, en tanto que en FONASA ésta llega a \$ 13.918.-; en cuanto al gasto promedio mensual en prestaciones de salud per cápita financiado por las aseguradoras, éste ascendió a \$ 18.831.- para los beneficiarios de ISAPRES y de \$8.477.- para los de FONASA¹⁵. Lo anterior, se traduce en una relación gasto ISAPRE-FONASA de 2,5¹⁶ veces, siendo que las personas que pertenecen a las ISAPRES en promedio son personas más sana, más joven y con los mayores ingresos.

Cabe indicar que en el gasto per cápita explicitado anteriormente no incorpora los copagos que hacen las personas al momento de recibir las prestaciones de salud, así como tampoco los diferenciales que deben cubrir las personas desde su propio bolsillo en relación a topes de cobertura y no cobertura (por ejemplo diferenciales de día cama, de pabellón, entre otros) que acontece en ambos subsistemas. Lo anterior, ya nos da luces de que ese nivel de gasto en salud está subvalorado.

¹³ Fuentes: Cifras estimadas por los Boletines Estadísticos de FONASA y de la Superintendencia de Salud, ambos año 2006.

¹⁴ Estadísticas Institucionales FONASA 2006.

¹⁵ Fuente: De acuerdo a cifras estimadas en el Boletín Estadístico FONASA 2006 y Base Emisión MLE, de FONASA, y a la Ficha Económica Financieras de las ISAPRES año 2006, elaborada por la Superintendencia de Salud para el año 2006. Todas las cifras a Dic. 2006.

¹⁶ Elaboración propia en base a la información presentada en la referencia anterior.

Asimismo, también es importante dejar explicitado que la diferencia de los niveles de gasto en salud de ambos subsistemas puede estar influenciada por las distintas estructuras de precios que manejan tanto FONASA como las ISAPRES. Así, podríamos suponer que los precios medios de las ISAPRES están por sobre los precios medios del FONASA, y que esto lleva a que el gasto sea mayor.

Las fuentes de financiamiento predominantes del sistema de salud chileno son el aporte fiscal (a través de los impuestos), las cotizaciones a la salud de los trabajadores y el gasto de bolsillo (copagos asociados a prestaciones de salud, gasto en medicamentos, pago diferenciales asociadas a prestaciones de salud por tope de cobertura, y otros pagos directos).

Al analizar el financiamiento de todo el sistema de salud chileno, en la Tabla II, observamos que en términos generales la principal fuente de financiamiento del sistema de salud chileno es a través de las contribuciones o cotizaciones de los afiliados del sistema con un 50,1%, en segundo lugar están los gastos de bolsillo, los cuales son un 27% del financiamiento, y en tercer lugar el aporte fiscal, con una participación en el financiamiento del 22,9%. Sin embargo, al desagregar la información por subsistema de salud, vemos como difiere la estructura del financiamiento, siendo para el sector privado de mayor importancia las cotizaciones (65,7%) y el gasto de bolsillo (33%), en tanto que para el subsistema público los de mayor relevancia son el aporte fiscal (42,1%) y las contribuciones (36,4%).

**Tabla II. Gastos y Fuentes de Financiamiento Sistema de Salud Chileno, año 2000
(MMS\$2000)**

	Contribuciones	Financiamiento Fiscal	Gasto de bolsillo	Total	%PIB
FONASA					
Prestaciones de salud	313.841	463.377	110.502	887.720	2,35%
Subsidios de enfermedad	72.598			72.598	0,19%
Gastos farmacéuticos			127.361	127.361	0,34%
Administración	12.467			12.467	0,03%
Total FONASA	398.906	463.377	237.863	1.100.146	2,91%
%	36,30%	42,10%	21,60%	100,00%	
ISAPRE					
Prestaciones de salud	412.631	9.255	200.916	622.802	1,65%
Subsidios de enfermedad	105.430			105.430	0,28%
Gastos farmacéuticos			121.805	121.805	0,32%
Administración	124.218	2.816		127.034	0,34%
Total ISAPRES	642.279	12.071	322.721	977.071	2,59%
%	65,70%	1,20%	33,00%	100,00%	
Total FONASA + ISAPRES	1.041.185	475.448	560.584	2.077.217	5,50%
Porcentajes	50,10%	22,90%	27,00%	100,00%	
OTROS					
Bienes Públicos		159.732		159.732	0,42%
Sistema de Mutuales	184.311		2.023	186.334	0,49%
FF.AA.	45.416	18.102	9.032	72.550	0,19%
Otros (sin aseguramiento)		900	366.974	367.874	0,97%
TOTAL OTROS	229.727	178.734	378.029	786.490	2,08%
%	29,20%	22,70%	48,10%	100,00%	
TOTAL CHILE	1.270.912	654.182	938.613	2.863.707	7,58%
%	44,40%	22,80%	32,80%	100,00%	
% PIB	3,36%	1,73%	2,48%	7,58%	

Fuente: Superintendencia de Salud con datos Estudios de Cuentas Nacionales de Salud 2000. FONASA-OPS, 2001.

Se observa en la Tabla anterior como del total de los recursos de ambos subsistemas, el 53% se destina a financiar a la población asegurada por el seguro público de salud (FONASA), que representa el 77% de población asegurada, en tanto que el 47% restante, se destina a financiar al resto de la población asegurada del país, la cual corresponde a un 23% de la población asegurada, y que corresponde a la que está en las ISAPRES¹⁷. En efecto, la distribución de los recursos entre los subsistemas es inequitativa, producto de la fuerte segmentación del sistema de salud chileno, en donde por un lado tenemos a los más

¹⁷ El porcentaje de la población asegurada en ambos subsistemas corresponde a la población a Dic. año 2000. Fuente: FONASA.

enfermos, los más viejos y los más pobres, y por el otro, a los más jóvenes, a los más sanos, y a los con mayores ingresos.

En resumen, y en base a los antecedentes se puede reflexionar en ciertos tópicos acerca de lo que ocurre en el Sistema de Salud Chileno.

- ✓ En lo que se refiere a las cotizaciones de salud. Por un lado, tenemos a un Seguro Público de Salud que se basa en un sistema solidario, que opera a través de un sistema de reparto, en donde las personas cotizan un % de su ingreso (7%), igual para todos, independiente de su número de cargas, edad, sexo, y necesidades de salud y cuyos beneficios son iguales para todos sus beneficiarios. Por otro lado, tenemos a las ISAPRES, que operan bajo un esquema donde los beneficios dependen directamente de la prima pagada, la cual puede ser superior al 7% legal, por lo cual el monto de prima pagado finalmente depende de los riesgos de enfermar del cotizante y sus cargas. Bajo ese contexto, podemos suponer desde ya, que el subsistema privado de salud es inequitativo, ya que sus primas están asociadas al riesgo de enfermar y no al nivel de ingreso de las personas.

- ✓ En lo que se refiere al Gasto de Bolsillo, tenemos que para ambos subsistemas de aseguramiento, la incidencia de estos pagos directos es relevante en el financiamiento. Esto se origina dado que las personas deben costear estos pagos directos a raíz de las limitaciones en las coberturas (topes, copagos) o bien en la no cobertura de algunas prestaciones de salud (dentales) o ciertos complementos (medicamentos/insumos). Así, tenemos un Seguro Público de Salud cuyos copagos en la MLE en promedio representan un 52%¹⁸ del valor de la prestación, los cuales son iguales para todas las personas independiente de su nivel de ingreso, lo que conlleva a que, todo lo demás constante, que el gasto de bolsillo por concepto del copago que realizan los beneficiarios que se atiendan por la MLE sea regresivo. Lo mismo podemos suponer para aquellas prestaciones o complementos no cubiertos, en que, dado que no hay cobertura las personas deben costearla de su bolsillo, de esta forma quienes más pagan

¹⁸ De acuerdo a información Base Emisión MLE.

son los más enfermos, quienes con frecuencia son también los más pobres. La misma reflexión se puede hacer para el caso de las ISAPRES, en donde las coberturas y no coberturas del plan de salud dependen de la prima pagada por éste. Así, las personas con mayores ingresos pueden optar por un mejor plan de salud, y por ende tener mejores niveles de cobertura, que las personas con menores ingresos, y por lo cual quienes terminan pagando más de su bolsillo, en términos proporcionales al ingreso, son las personas con menores ingresos.

Finalmente, y en virtud de las reflexiones planteadas lo que se pretende en este estudio es comprobar éstas a través del análisis de la distribución de la contribución financiera de sistema de salud chileno.

3. Marco Teórico

Como veremos en este capítulo, la equidad en salud puede ser abordada desde la perspectiva de la equidad en la atención de salud, en donde el foco está puesto en el sistema de salud, y por lo cual se pone a prueba su desempeño en cuanto a la provisión de los servicios de salud y al financiamiento de éste. Por consiguiente, un sistema de salud puede ser juzgado por la equidad en la provisión de los servicios de salud y por la equidad en el financiamiento, siendo ésta última la que atañe este estudio.

Para un mejor entendimiento de las ideas a tratar a lo largo de este trabajo, a continuación se presenta una revisión de las definiciones y conceptos que dan contexto al estudio. De esta forma, se ha dividido este capítulo en tres secciones, y estas son: Equidad en Salud, Equidad en el Financiamiento de la Salud, y Fuentes de Financiamiento.

3.1. Equidad en Salud

Tal como lo señala el IMS 2000 (OMS), el objetivo principal (pero no el único) de un sistema de salud es mejorar la salud de la población. Este objetivo a su vez tiene dos

derivadas, una de ellas se refiere a que el sistema de salud debe ser *bueno*, es decir, se debe alcanzar el mejor nivel posible, y la otra se trata de que el sistema debe ser *equitativo*, es decir, éste debe procurar que haya las menores diferencias posibles entre las personas, o dicho de otra forma que el sistema de salud responda igualmente bien a toda la población.

La equidad en salud desde un punto de vista conceptual ha sido ampliamente abordada y su definición ha sido compleja y variada. Una propuesta de definición, ya clásica, es de Whitehead (1991), en donde establece que la equidad en salud implica que idealmente todos deben tener una oportunidad justa de alcanzar su pleno potencial de salud, y más pragmática, que nadie debería verse desfavorecido de la realización de este potencial, si se puede evitar. Lo anterior, no implica eliminar todas las diferencias de salud para que todos tengan el mismo nivel y calidad de salud, sino más bien reducir o eliminar aquellas que se derivan de factores que se consideran tanto evitables como injustos, o sea debido a su posición o cualquier otra circunstancia social determinada.

Por otro lado, Braveman (2003), define a la equidad en salud como la ausencia sistemática de las disparidades en la salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre los grupos sociales que tienen diferentes niveles de ventaja/desventaja sociales subyacentes, es decir, diferentes posiciones en una jerarquía social (riqueza, poder, prestigio). Las inequidades en salud ponen sistemáticamente a grupos de personas que ya están desfavorecidos socialmente a una mayor desventaja con respecto a su salud.

Bajo ese marco, equidad no es lo mismo que igualdad, o bien inequidad no es sinónimo de desigualdad. La inequidad es una desigualdad injusta y evitable.

Braveman (2003), afirma que el concepto de equidad en salud centra la atención en la distribución de los recursos y otros procesos que conducen a un tipo particular de desigualdad en salud, entre los más y menos favorecidos de la sociedad, o dicho en otras palabras, una desigualdad en salud que es injusta. Cabe indicar, que no todas las disparidades en la salud son injustas. Por ejemplo las personas jóvenes son más saludables que los ancianos, lo cual no parece ser injusto, ya que es un proceso natural, sin embargo, que existan diferencias en las tasas de mortalidad entre ricos y pobres, o entre la población

de raza blanca y la población perteneciente a un pueblo originario, es preocupante desde el punto de vista de la equidad.

Lo anterior, nos lleva a reflexionar que la equidad es un concepto inherentemente normativo, ya que nos habla de valores y está estrechamente vinculada al concepto de justicia social. Asimismo, lo que se entiende por equidad puede variar entre países, entre personas, así como también a lo largo del tiempo.

Nótese que la *equidad en salud*, no sólo se refiere al *estado de salud* de las personas sino que también con el ámbito de la *satisfacción de las necesidades de atención de salud* de la población.

En relación a la *equidad del estado de salud* de las personas, Braveman (1998)¹⁹ lo define como el logro de todas las personas del más alto nivel posible de bienestar físico, psicológico y bienestar social que permiten las limitaciones biológicas, señalando que muchas limitaciones biológicas son susceptibles de modificación. En tanto en lo que concierne a la *equidad en la atención de salud*, esta misma autora, nos dice que ésta significa que los recursos para la atención de salud se asignan de acuerdo a las necesidades, los servicios de salud se reciben de acuerdo a las necesidades, y los pagos por los servicios de salud se realizan de acuerdo a la capacidad de pago. La equidad en la atención de la salud implica un compromiso de garantizar un alto nivel real (no sólo teórica) de acceso, calidad y aceptabilidad de los servicios de salud para todos.

De esta forma, en el ámbito de la equidad de las satisfacciones de las necesidades de atención de salud de la población el foco central es el sistema de salud, por lo cual es importante distinguir en este punto, entre la *equidad en el financiamiento del sistema de salud* y la *equidad en la provisión de los servicios*.

¹⁹ Braveman P. Monitoring Equity in Health: A policy-oriented approach in low-and middle-income countries, OMS 1998.

Entenderemos como *equidad en el financiamiento* cuando las personas participan en el financiamiento de su salud, en relación a su nivel de ingreso y no en relación a sus riesgos de salud; y como *equidad en la provisión de los servicios* cuando las personas tienen un acceso real a los servicios, de acuerdo a sus necesidades y no a su nivel de ingreso.

Cabe hacer notar que la equidad en salud no solo concierne al sistema de salud, ya que hay otros factores que se deciden y están fuera de este sistema y que influyen en la salud de la población y en la equidad en salud.

En consecuencia, entenderemos a la equidad en dos aspectos: respecto al estado de salud y respecto a la atención de salud. Así, la equidad en salud comprende: disminuir las diferencias al mínimo posible en el estado de salud de la población; propiciar que las atenciones en salud sean en función de las necesidades -equidad de acceso y uso-; y que la contribución al sistema sea en función de la capacidad de pago y no al riesgo de enfermar -equidad financiera-.

De esta forma, en salud existen distintas formas de abordar la equidad: equidad en el estado de salud, equidad en el acceso a los servicios de salud, equidad en el uso de los servicios de salud, equidad en el financiamiento, entre otras. El presente trabajo se centra en *la equidad en el financiamiento del sistema de salud*, y su marco lo abordaremos en la siguiente sección.

No obstante, al abordar sólo el desempeño del sistema de salud en el ámbito de la justicia financiera, estamos dejando fuera del análisis otro aspecto importante del buen o mal desempeño que pueda tener un sistema de salud, como es la equidad en la provisión de los servicios de salud. Aspecto no menor de señalar, ya que podríamos encontrar que un sistema de salud puede ser progresivo en su financiamiento pero a su vez es regresivo en la provisión, por lo cual estaríamos en presencia de un sistema de salud inequitativo, ya que, si bien las personas aportan de acuerdo a su capacidad de pago, éstas no estarían recibiendo atención de acuerdo a sus necesidades. En efecto, podemos señalar que ni la equidad en el financiamiento ni la equidad en la provisión, es más importante una de la otra, ya que

ambas en su conjunto conformar un medio de prueba para juzgar el desempeño de un sistema de salud en cuanto a la equidad en la atención de salud. Por lo tanto, las conclusiones derivadas de este estudio, deben observarse dentro de las limitaciones que implica analizar el desempeño del sistema de salud desde una de sus aristas.

3.2. Equidad en el Financiamiento de la Salud

De acuerdo a la OMS (2000)²⁰ la justicia financiera o el financiamiento equitativo en los sistemas de salud se refiere a que los riesgos que corre cada familia debido a los costos del sistema de salud se distribuyen según la capacidad de pago y no según el riesgo de enfermar.

Así, y como una declaración normativa, para ser justas las contribuciones de los hogares para financiar el sistema de salud deben representar un sacrificio equivalente. Sacrificio equivalente significa que ningún hogar debería empobrecer o pagar una porción excesiva de su ingreso para financiar al sistema de salud. Sacrificio equivalente significa también que los hogares pobres deberían contribuir con una porción menor de sus ingresos que la de los hogares ricos²¹.

El financiamiento equitativo de los sistemas de salud contribuye a evitar que los hogares se vean afectados por gastos médicos excesivos inesperados, también conocidos como gastos catastróficos en salud, los cuales incluso pueden llevar al empobrecimiento de los hogares. Esto se puede lograr reduciendo o evitando los denominados gastos de bolsillo por atención de la salud mediante el establecimiento de esquemas de pago por anticipado. Asimismo, un sistema financieramente equitativo garantiza que las formas de pago anticipado (impuestos, seguros de salud) sean progresivos o al menos neutral con respecto a los ingresos y que por lo tanto la contribución este relacionado con la capacidad de pago y no a los riesgos de salud. De esta forma un sistema de salud financiado equitativamente asegura la protección financiera de toda la población.

²⁰ Informe Mundial de Salud 2000, OMS 2000.

²¹ Estrategias propuestas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, OMS 2001.

Por último cabe hacer notar, que el financiamiento equitativo de los sistemas de salud se refiere a la distribución de la contribución de los recursos, y no está relacionado con el total de los recursos que se necesitan ni la forma en como se usan éstos para que la población tenga una mejor salud o una mejor satisfacción de sus necesidades por atención de salud.

Alcances a los conceptos de equidad financiera y de acceso

Como ya hemos visto, el concepto de equidad en salud tiene carácter multidimensional. En vista de aquello es propicio hacer un alcance entre la equidad financiera y de acceso, las cuales están estrechamente vinculadas.

A modo general, la equidad financiera significa que las personas contribuyan al sistema en función a su capacidad de pago y no en relación a sus riesgos de enfermar, en tanto la equidad de acceso a los servicios de salud se refiere a que las personas tienen acceso a las atenciones de salud en función a sus necesidades y no a su capacidad de pago.

Cuando afirmamos que estos conceptos están estrechamente vinculados nos referimos al hecho de que un sistema de salud puede estar siendo financiado en forma progresiva, por la existencia de un alto gasto de bolsillo de las personas, especialmente de quienes tienen mayores ingresos, pero visto un contexto de equidad en el acceso puede llegar a ser inequitativo ya que a igual necesidad de atención de salud, quienes tienen mayor capacidad de pago lo pueden hacer en mejores condiciones que quienes tienen una menor capacidad para solventar los costos de las atenciones de salud, asimismo, la incapacidad de pagar por atención de salud (menor gasto de bolsillo) de los más desposeídos de la sociedad puede llevar a que las personas no acceda a la atención, lo cual puede afectar su estado de salud dado que no recibirá la atención en forma oportuna.

La situación anteriormente descrita, ejemplifica como en un sistema de salud puede coexistir equidad en el financiamiento pero con inequidad en el acceso. Igualmente, demuestra como el gasto de bolsillo puede ser el origen de la progresividad en el

financiamiento de un sistema de salud, pero esta fuente de financiamiento no permite la mancomunación de riesgos entre las personas sanas y las enfermas, lo cual desde cualquier punto de vista es ineficiente y nada deseable.

De esta forma, es necesario tener presente el vínculo existente entre la equidad en el financiamiento y la equidad de acceso, o siendo más específicos entre el gasto de bolsillo y el acceso, sobretodo al plantear las conclusiones que se deriven del estudio.

Por último, cabe indicar que un sistema de salud es equitativo si la atención de salud se distribuye de acuerdo a las necesidades y se financia de acuerdo a la capacidad de pago.

3.3. Fuentes Financiamiento

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud son las contribuciones financieras que hacen las personas (hogares), por medio de los impuestos (la fracción que se destina a salud), las contribuciones a la seguridad social en salud, los seguros privados y los gastos directos de bolsillo en salud.

De acuerdo al sistema de salud chileno se pueden distinguir tres fuentes de financiamiento predominantes a la salud: el aporte fiscal en salud, las contribuciones a la seguridad social en salud y el gasto de bolsillo en salud.

El aporte fiscal en salud corresponde al aporte que hace el Estado al Sistema de Salud, y cuyos fondos provienen de los impuestos, tanto directos como indirectos, que pagan todos los contribuyentes del Estado de Chile. Se puede indicar que los recursos asociados al aporte fiscal en salud van destinados en su gran mayoría a financiar las prestaciones de salud de los beneficiarios del Seguro Público de Salud denominados “carentes de recursos”.

Las contribuciones a la seguridad en salud, se refiere a las cotizaciones que hacen las personas, ya sea al FONASA o a las ISAPRES. Estas contribuciones están constituidas por

las cotizaciones obligatorias del 7% de su renta imponible (con tope de 4,2 UF mensuales) y por las cotizaciones adicionales en el caso de los seguros privados.

Estas dos primeras fuentes constituyen una forma de pago anticipado, las cuales pueden minimizar la exposición al riesgo de empobrecimiento de los hogares, al ser más previsibles, y siempre que estos pagos no estén relacionados con el riesgo de enfermedad ni con la utilización de los servicios de salud. Asimismo, si se logra que estos pagos anticipados estén relacionados a la capacidad de pago de los hogares y no al riesgo de enfermar de sus integrantes, la equidad en el financiamiento por este lado estaría resuelta.

Por último, los gastos de bolsillo corresponden a los gastos directos que realizan las personas (hogares) al momento de utilizar los servicios de salud. Dentro del gasto de bolsillo, están los copagos asociados a las prestaciones de salud, el gasto en farmacia y el pago directo (personas sin aseguramiento y/o prestaciones no cubiertas por los planes de salud y/o diferenciales por tope de cobertura).

Los gastos de bolsillo en salud son la forma más ineficiente de financiarla, ya que no aprovecha la agregación de riesgos, y es inequitativo ya que rompe con el principio de financiamiento justo, debido a que los que más pagan son los más enfermos, quienes con frecuencia son también los más pobres. Los gastos de bolsillo dependen totalmente de la capacidad de pago de los hogares y con frecuencia genera pérdidas financieras irre recuperables, exponiendo incluso a éstos a caer en la pobreza o bien a profundizarla.

Vistas ya las principales definiciones y conceptos básicos necesarios para un mejor entendimiento de la Equidad en el Financiamiento de los Sistemas de Salud y algunas de sus formas de medirla, es posible pasar a la metodología propuesta en este estudio para analizar la distribución de la contribución financiera del sistema de salud chileno.

4. Metodología

4.1. Justicia Financiera en Salud

Como se señaló en el capítulo anterior, la justicia o la equidad financiera es un concepto que se refiere a la forma en cómo se distribuye la contribución al financiamiento del sistema de salud en los hogares. De acuerdo a lo planteado por la OMS en IMS 2000, la contribución del financiamiento puede determinarse a través de la incidencia del gasto en salud que hacen los hogares, en donde se visualiza sobre qué grupos de la población (hogares) recae en mayor o menor medida el financiamiento del gasto en salud. Esta incidencia puede medirse de dos formas: (1) A través de la Progresividad del Gasto en Salud de los hogares; y (2) Por medio de la Contribución Financiera a la salud por parte de los hogares.

La Progresividad del Gasto es un indicador que mide el porcentaje del ingreso destinado al gasto en salud para cada uno de los hogares. Así, cuando los hogares de menores ingresos contribuyen en una mayor proporción al financiamiento de su salud que los hogares de ingresos altos, se dice que el financiamiento del sistema de salud es regresivo. Si sucede lo contrario, el financiamiento del sistema es progresivo, en tanto que, si todos los hogares pagan la misma proporción de su ingreso, entonces el financiamiento del sistema de salud es equitativo. De esta forma, el ideal de los sistemas de salud es encontrar mecanismos de financiamiento progresivos ó al menos neutrales, con el objeto de que pague más el que mayores posibilidades tiene de hacerlo.

La Contribución Financiera de los hogares es un indicador que mide el porcentaje de la capacidad de pago destinado al gasto en salud. Es decir, corresponde a la fracción de la capacidad de pago que tiene un hogar que se destina a los pagos en salud.

Así, tenemos que la Contribución Financiera de los hogares se expresa de la siguiente forma:

$$CFH_i = (\text{Gasto de Salud})_i / (\text{Capacidad de Pago})_i$$

Entendiéndose como *gasto en salud* a los aportes o pagos que hacen los hogares, ya sea en forma directa o indirecta al sistema de salud. Los aportes directos son los denominados gastos de bolsillo en salud que pagan las personas (hogares) en el momento mismo de recibir la atención de salud. Y lo aportes indirectos se refiere a todos los aportes al sistema de salud que hacen las personas (hogares) ya sea a través de las contribuciones a la seguridad en salud (cotizaciones a la salud), el pago de impuesto que sirve para financiar el gasto fiscal en salud y los gastos en seguros privados de salud.

Asimismo, se entiende como *capacidad de pago* a los ingresos efectivos que tiene un hogar por encima de su nivel de subsistencia (gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico (por ejemplo una línea de pobreza es utilizada como un nivel de subsistencia). Además, debemos considerar que en ocasiones los hogares para enfrentar ciertos tipos de gastos, entre éstos los de salud, hacen uso de sus activos financieros, de sus activos físicos o bien acuden a préstamos. Por lo cual cuando hablamos de ingresos efectivos también se incorpora esta noción y no sólo a los ingresos de los hogares producto de su ocupación principal.

Nótese que la Contribución Financiera también permite observar la progresividad del gasto. Pero su principal aporte es que nos permite captar los efectos que tiene esta contribución financiera en el área de los ingresos y en el área de la carga. Es decir, es posible definir indicadores o medidas que permiten examinar el efecto marginal de la contribución en las áreas mencionadas. Los principales indicadores usados para examinar estos efectos son los que se detallan a continuación:

Medidas que captan los efectos de las contribuciones financieras en salud en el área del ingreso y en el área de la carga o sacrificio.

Los efectos en el área del ingreso se dimensionan en términos del cambio en su distribución y el cambio en los niveles de pobreza, en tanto en el área de la carga se examinan en términos del sacrificio experimentado por los hogares producto de la contribución

financiera, así los indicadores más utilizados en la literatura y propuestos por la OMS dentro de las estrategias para evaluar el desempeño de los sistemas de salud en el ámbito de la justicia financiera son: En el área del Ingreso: (i) el cambio en la distribución del ingreso, o sea el efecto redistributivo de la contribución financiera a la salud; y (ii) el porcentaje de hogares que se empobrece producto de la contribución financiera en salud; y en el área de la carga, se tiene: (iii) el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud; y (iv) el índice de justicia en la contribución financiera.

Área del ingreso

- i *El cambio en la distribución del ingreso o la redistribución del ingreso producto de la contribución financiera al sistema de salud*, comprende en determinar el efecto de todos los pagos de salud, que hacen los hogares, en la distribución del ingreso, es decir, determinar la distribución del ingreso antes de los pagos de salud y compararlo con la distribución del ingreso después de los pagos de salud.

El indicador más utilizado para medir el impacto a la distribución del ingreso producto de la contribución financiera a la salud es el coeficiente de Gini. Este coeficiente se basa en la curva de Lorenz, que es una curva de frecuencia acumulada que compara la distribución empírica de una variable con su distribución uniforme (de igualdad), representada por una línea diagonal. Cuanto mayor es la distancia, o dicho de otra forma, mayor es el área comprendida entre la curva de Lorenz y esta diagonal, mayor es la desigualdad. De esta forma, el coeficiente de Gini es el doble del área entre la curva de Lorenz y la diagonal y toma valores entre 0 en donde estamos en presencia de perfecta igualdad y 1 donde existe total desigualdad.

Para su aplicación en el contexto de financiamiento de la salud, se calcula dos veces el coeficiente de Gini, en la primera situación se calcula el coeficiente de Gini para la distribución del ingreso antes de los pagos en salud, y en la segunda situación, se calcula un Gini en donde se consideran todos los pagos o contribuciones de los hogares en salud, así en este escenario, el eje de las abscisas (x) representaría la proporción

acumulada de los hogares ordenados por ingreso y el eje de las ordenadas (y), la proporción acumulada de los pagos o contribución financiera que hacen los hogares al sistema de salud. Cuanto mayor es el área entre la curva y la diagonal, mayor es la desigualdad.

De esta forma, se comparan los dos valores de Gini obtenidos (cambio en el Gini), con el objeto de determinar el efecto redistributivo en el ingreso de las contribuciones financieras al sistema de salud.

- ii *El porcentaje de hogares empobrecidos producto de la contribución financiera al sistema de salud*, es una medida que nos permite cuantificar el impacto de esta contribución financiera en la pobreza. Esta medida propuesta por Wagstaff y Van Doorslaer (2001)²², en términos simples, se refiere a la diferencia en el porcentaje de hogares bajo una línea de pobreza antes y después de los pagos en salud. Si denotamos el porcentaje de hogares bajo la línea de la pobreza después de todos los pagos de salud como P_d , y el porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza antes de todos los pagos de salud como P_a , la diferencia o porcentaje de hogares que se empobrecen dado la contribución financiera en salud (DP) se puede expresar como:

$$DP = P_d - P_a$$

Es decir por ejemplo, dado una línea de pobreza, los hogares que se encuentran bajo ésta, antes de las contribuciones financieras al sistema de salud, es de un 20%. Ahora bien, después de los pagos en salud, el porcentaje de los hogares bajo la línea de pobreza se incrementa a un 40%. De esta forma tenemos que la brecha o porcentaje de hogares que se empobrecieron producto de las contribuciones financieras en salud es de un 20%²³.

²² Wagstaff A, van Doorslaer E. Paying for health care: quantifying fairness, catastrophe, and impoverishment, with applications to Vietnam 1993–1998. Documento de Trabajo del Banco Mundial, N° 2715. Washington, DC, Banco Mundial, 2001.

²³ Cabe destacar, que las contribuciones financieras en salud pueden influir en el grado de pobreza de los hogares que ya se encuentran por debajo de la línea de pobreza, conocido también como profundidad de la pobreza. Sin embargo, en esta tesis sólo nos centraremos en los hogares que caen en la pobreza.

Área de la Carga

- iii *El porcentaje de hogares con gastos catastróficos de salud*, es una medida que comprende aquellos hogares que poseen gastos de bolsillo en salud que representan un 40% o más de su capacidad de pago²⁴.

Cabe indicar que los gastos catastróficos no necesariamente reflejan altos costos de atenciones de salud, ya que un gasto relativamente pequeño, por ejemplo la compra periódica de un medicamento para una enfermedad en particular, por parte de un hogar pobre puede significar un desastre financiero para los integrantes de este hogar. Caso contrario se tiene cuando el costo de una cirugía, por ejemplo al corazón, puede no ser considerado como un gasto catastrófico si por ejemplo parte importante de su costo o bien el todo, es cubierto por algún seguro de salud.

Asimismo, los gastos catastróficos pueden llevar a que las personas u hogares caigan bajo la línea de la pobreza debido a estos gastos de salud no previstos. Por lo demás, si consideramos en el análisis que algunos hogares pueden no hacer uso de los servicios de salud ya sea por barreras geográficas o por la incapacidad de realizar dichos gastos, los gastos catastróficos podrían ser aún mayores.

De ahí la importancia de su análisis y profundización en cuanto a cuáles son las características del sistema de salud que incide en los gastos catastróficos, con el objeto de establecer mecanismos de protección frente a gastos catastróficos que ayuden a evitar el empobrecimiento de la población.

- iv *El índice de justicia en la contribución financiera (IJCF)*, es una medida que permite captar si el sistema de salud, a través del análisis de las contribuciones financieras atribuibles a cada hogar, se está financiando de manera justa o equitativa. Este índice

²⁴ El nivel de 40% puede ser modificado como criterio. El IMS 2000 (OMS) utilizó como criterio un 30%. Así, el valor dependerá del criterio del evaluador. En la metodología a aplicar en este estudio (Xu, 2005), se recomienda usar un 40%.

varía entre 0 y 1, donde el valor 1 indica que el sistema de salud es financiado de manera justa.

Esta es una medida análoga a las usadas para medir la distribución del ingreso, pero su foco es analizar la carga de las contribuciones financieras en salud. Y su relevancia radica en el sentido estricto de que el financiamiento de los sistemas de salud no tiene por objeto la redistribución del ingreso si no que el sistema de salud sea financiado de manera justa. Entendiendo por contribución justa a lo declarado por la OMS (2000), en donde una igual carga por los pagos de salud es equivalente a una igual fracción (%) de la capacidad de pago de los hogares, independiente del estado de salud de los integrantes de los hogares o de la utilización que hagan éstos de los servicios de salud.

En efecto, la OMS desarrolló el índice de Justicia en la Contribución Financiera (*IJCF*) con este propósito. Siendo su expresión la presentada la siguiente:

$$IJCF = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^n W_h |CFH_h - CFH_o|^3}{\sum W_h}}$$

$$\text{Donde, } CFH_o = \frac{\sum W_h HE_h}{\sum W_h CTP_h}$$

Igualmente, CFH es la contribución financiera del hogar, HE es el gasto en salud, y CTP es la capacidad de pago.

Cabe indicar que, dado la relevancia en la carga o sacrificio que tiene los gastos catastróficos por motivos de salud, el IJCF fue diseñado para conferir un mayor peso a los hogares con gastos catastróficos.

Por último, este índice es relevante en el orden de que permite la comparación en cuanto a justicia financiera entre países y/o a través del tiempo.

En síntesis, hemos descrito dos formas de abordar la medición de la distribución de la contribución financiera de los sistemas de salud, ya sea a través de la progresividad del gasto en salud, o bien a través de la contribución financiera en salud. La primera de éstas es una medición simple, la cual en términos sencillos permite determinar si un sistema de salud se financia en forma progresiva, regresiva o neutral. En tanto, el indicador de la contribución financiera en salud de los hogares, además de medir la progresividad del gasto, contribuye a dimensionar los posibles efectos de la contribución financiera en salud en las áreas del ingreso y de la carga, pudiendo incluso, examinar la medición, en cada una de estas áreas, del nivel y la distribución del financiamiento del sistema de salud. Esto último lo hace mediante el cálculo de ciertos indicadores, siendo los más usados lo que a continuación se resumen.

Tabla III. Indicadores de Efectos de las Contribuciones Financieras al Sistema de Salud en las Áreas del Ingreso y de la Carga

Área	Distribución	Nivel
Ingreso	Cambio en la distribución del ingreso debido a la Contribución Financiera en salud: Índice de Gini²⁵ .	Porcentaje de hogares que se empobrecen producto de la contribución financiera en salud.
Carga	Distribución de la Carga: Índice de Justicia en la Contribución Financiera.	Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud

Por último, cabe indicar que la OMS ha sido una propulsora en el desarrollo de metodologías que permitan evaluar la justicia financiera en los sistemas de salud. En efecto, se tienen conocimiento de tres generaciones de metodologías, siendo los cambios más importantes en la forma de medición de la capacidad de pago y el criterio que define el gasto catastrófico. Con respecto a la capacidad de pago, se modificó la medición incorporando una nueva forma de representar el gasto de subsistencia, así se pasó de una línea de pobreza de US\$ 1 a definirla como el promedio del gasto en alimentación

²⁵ Cabe destacar que es posible utilizar otras medidas para cuantificar cambios en la distribución del ingreso.

equivalente dentro de un rango definido. Y con respecto al gasto catastrófico, se modificó el criterio, fijando un umbral más elevado que las metodologías anteriores, en donde el umbral de un 30% pasó a un 40%, por lo cual los gastos catastróficos por motivos de salud ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar superan el 40% de su capacidad de pago.

4.2. Estudio Empírico

La forma de acercamiento en este trabajo para examinar la justicia financiera del sistema de salud chileno, descansa en tres pilares:

- (1) Dimensionar los efectos del gasto de bolsillo en salud, en el ingreso y en la carga financiera de los hogares, a través del análisis de la distribución y estructura del gasto de bolsillo en salud de los hogares.
- (2) Examinar la progresividad de la contribución financiera de los hogares al sistema de salud chileno, mediante el análisis de la distribución de la carga de las dos principales fuentes de financiamiento del sistema de salud chileno, cotizaciones de salud y gastos de bolsillo en salud.
- (3) Examinar la posibilidad de que los gastos de bolsillo estén afectados por la falta de acceso a la salud, mediante el análisis de la distribución de las necesidades de salud y utilización de los servicios de salud.

De esta forma, la metodología consiste, para cada uno de los puntos mencionados, en la siguiente:

4.2.1. Distribución y Estructura del Gasto de Bolsillo, y sus Efectos en el Ámbito del Ingreso y en el Ámbito de la Carga Financiera

En este apartado se analiza descriptivamente la distribución de las contribuciones financieras de los hogares al sistema de salud, centrándonos específicamente en lo que se refiere la distribución del gasto de bolsillo en salud, lo cual nos permite examinar los

efectos de esta contribución financiera en la distribución de los ingresos y en el sacrificio que deben hacer las personas dada esa carga financiera.

Los datos para esta investigación provienen del Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud 2005 (ENSGS 2005, Minsal)²⁶, encuesta de corte transversal, que comprende una muestra nacional urbana representativa de 4.558 hogares. En ésta se recolectaron datos acerca de cada fuente de ingresos y gastos del hogar, percibidos y realizados durante el mes anterior de aplicada la encuesta, con excepción de cierto tipo de ingresos por los cuales se consultó durante los últimos 12 meses. Además, se recopiló información individual acerca de los gastos de bolsillo en bienes y servicios de salud, educación, participación mercado laboral, entre otras, como también de ciertas características sociodemográficas, de todos los integrantes del hogar.

La metodología utilizada es la propuesta por Xu (OMS 2005) para examinar la distribución del gasto en salud y gastos catastróficos²⁷. Se optó por esta metodología debido a que con el tipo y calidad de los datos con que se cuenta a través de la ENSGS 2005 es factible de aplicar y obtener resultados más plausibles.

Las definiciones de las variables de interés, gasto de bolsillo en salud, gasto de consumo de los hogares, gasto en alimentación, entre otras, se encuentran en el Anexo II de este documento, y corresponden a las propuestas por Xu (2005) en su metodología.

Asimismo, la construcción por quintiles es a nivel de gasto equivalente per cápita. A nivel de gasto, en el entendido de que los datos provienen de una encuesta de gasto por lo que la calidad de los datos sobre ingresos obtenidas a través de este tipo de encuestas no es de muy buena calidad, al no tratarse de una encuesta específica de ingresos, así, la alternativa de utilizar el gasto proporciona una mejor aproximación del ingreso permanente del hogar. Y a nivel per cápita con el objeto de considerar las economías de escala del consumo del hogar.

²⁶ Mayores detalles acerca del diseño muestral y aspectos metodológicos de la ENSGS 2005 se presentan en Anexo I.

²⁷ Xu K, Metodología “Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos”. OMS Ginebra, 2005.

Así, el estudio aborda los siguientes aspectos:

1. Análisis de la Distribución del Gasto de Bolsillo en Salud por quintiles

Con el análisis de la *distribución del gasto de bolsillo en salud por quintiles*, se busca responder a la interrogante ¿cómo afectan los gastos de bolsillo en salud a la situación financiera del hogar?

Por lo cual se calculan las siguientes medidas: el gasto de bolsillo en salud promedio del hogar, el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto de consumo de los hogares, el gasto de bolsillo en salud como porcentaje de la capacidad de pago de los hogares, el porcentaje de hogares empobrecidos por gasto en salud. Para cada uno de los tipos de gastos mencionados anteriormente se presenta su distribución por quintiles. Además, se determinará el porcentaje de hogares por diferentes niveles de carga financiera (de acuerdo al gasto de bolsillo como proporción a la capacidad de pago) 0% -10%, 10% - 20%, 20% - 40%, y mayor igual a 40%.

2. Análisis de la Estructura del Gasto de Bolsillo en cada quintil

Con respecto a la *estructura del gasto de bolsillo en salud en cada quintil*, se busca responder ¿en qué tipos de servicios de salud se paga en forma directa?

Así, se examina la participación de cada componente del gasto de bolsillo por quintil. Se entiende por componente a los conceptos consultado en la ENSGS 2005 tales como: consulta médica, insumos, medicamentos, hospitalizaciones, entre otros.

3. Dimensionamiento de los posibles Efectos del Gasto de Bolsillo en Salud en el Ingreso y en la Carga Financiera, a nivel de sistema de salud.

Los resultados obtenidos en los puntos 1 y 2, nos permiten dimensionar los efectos en el ingreso y en la carga financiera de los hogares, producto de las contribuciones financieras en salud.

Para ello, se presenta el cálculo de tres indicadores que capturen los mencionados efectos. Cabe indicar que estos indicadores adquirieron relevancia en el informe de la OMS (2001) sobre “Estrategias para mejorar los métodos de evaluación del desempeño de los sistemas de salud”²⁸, desarrollado a posteriori del IMS 2000, y concluye acerca de la necesidad de monitorear y reportar estos indicadores, y ponerlos a disposición sobretodo para los formuladores de políticas. Los indicadores son:

- a) Índice de justicia en la contribución financiera (IJCF)
- b) Porcentaje de los hogares que se empobrecen después del pago por la atención de salud
- c) Porcentaje de hogares que enfrentan gastos catastróficos

Los indicadores a) y c) están asociados a los efectos de la contribución financiera a la salud en el área de la carga ya que permite examinar el sacrificio que hacen los hogares dado la contribución financiera que realizan al sistema de salud. El indicador b) se relaciona con los efectos en el área de los ingresos, es decir, permite examinar el efecto de la contribución financiera a la salud en la distribución del ingreso, o sea se examina cuantos hogares son desplazados hacia la pobreza producto de la carga financiera en salud.

Para medir el *Índice de Justicia de la Contribución Financiera* (IJCF), Xu (2005) propone un índice que muestra la desigualdad total en la contribución financiera de los hogares al sistema de salud, pero que en particular da mayor relevancia a aquellos hogares que afrontan gastos catastróficos en salud. Es decir, este índice da mayor peso a aquellos hogares que hayan gastado una proporción mayor por encima de su nivel de gasto de subsistencia en salud²⁹.

Para el cálculo de este índice, Xu (2005) propone usar como indicador de carga financiera de gastos en salud, al gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago. De esta forma, el IJCF se basa en la media del cubo de la diferencia en valor absoluto entre

²⁸ “Estrategias propuestas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud” (documento resumen). OMS 2001.

²⁹ Según Xu (2005), el gasto de subsistencia es el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico. Por ejemplo una línea de pobreza puede ser utilizada en el análisis del gasto de subsistencia.

el gasto de bolsillo (gb) como porcentaje de la capacidad de pago (cap) de un hogar determinado y la media ponderada del gasto de bolsillo en salud como porcentaje de la capacidad de pago de todos los hogares. De este modo, el IJCF se mide bajo la siguiente expresión:

$$IJCF = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^n W_h |gbcap_h - gbcap_o|^3}{\sum W_h}}$$

Donde, $gbcap_o = \frac{\sum W_h gb_h}{\sum W_h cap_h}$

El rango del índice es de 0 a 1, por lo cual, los sistemas de salud de países cuyo IJCF se acercan más a 1 tienen sistemas de financiamiento de la salud más equitativos.

El segundo indicador corresponde al de *empobrecimiento absoluto o gasto empobrecedor*, es decir, un hogar encontrándose en una situación inicial de no pobre, se vuelve pobre (o se empobrece), después de pagar por la atención a la salud.

Aquí la propuesta de Xu (2005) es crear una variable que refleje el gasto en salud en el empobrecimiento, por lo cual define que la variable empobrecimiento ($empob$) toma valor 1 si se da en forma conjunta que el gasto del hogar (gh) es igual o mayor al gasto de subsistencia (se) y que el gasto del hogar menos el gasto de bolsillo en salud es menor al gasto de subsistencia, y tomará el valor de 0 en todos los otros casos. O dicho de otra manera:

$$\begin{aligned} empob_h &= 1 && \text{si} && gh_h \geq se_h && \text{y} && gh_h - gb_h < se_h \\ empob_h &= 0 && && \text{en todos los otros casos.} \end{aligned}$$

De esta forma, se mide la proporción de hogares con gasto empobrecedor como el porcentaje de hogares que debido a su gasto en salud caen por debajo de su gasto de subsistencia habiendo estado por sobre el gasto de subsistencia antes de realizar el gasto en salud.

Por último, el tercer indicador es aquel que mide el *gasto catastrófico en salud* y los hogares que enfrentan dichos gastos. De acuerdo a la metodología aplicada en este estudio, se entenderá por gastos catastróficos en salud cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representen un 40% o más de su capacidad de pago.

Esta medida incluye casos cuyos gastos de bolsillo en salud pueden ser considerados como bajos en términos absolutos, pero que son altos en relación al ingreso o capacidad de pago de los hogares, los cuales pueden implicar un gasto catastrófico para estos hogares.

Así, la variable de gasto catastrófico (gc) se determina como una variable que toma valor 1 cuando el hogar incurre en gastos catastróficos y toma el valor 0 en caso contrario. O expresado de otro modo:

$$\begin{aligned} gc_h = 1 & \quad si \quad gb_h / cap_h \geq 0.4 \\ gc_h = 0 & \quad si \quad gb_h / cap_h < 0.4 \end{aligned}$$

Cabe destacar, que los indicadores adquieren su mayor utilidad si los podemos comparar con otros, que para este caso sería con indicadores obtenidos bajo la misma metodología para otro periodo en el tiempo o bien para otros países.

Dado la información disponible, dicha comparación se realizará sólo para el indicador asociado al gasto catastrófico. A saber se comparará con un estudio³⁰ de la OMS, en el cual expone la estimación del porcentaje de hogares con gastos catastróficos para un total de 59 países, en donde se utiliza el mismo umbral de corte de gasto catastrófico definido en este estudio. En tanto, para el caso del indicador b) la metodología aplicada en otros estudios disiente a la utilizada en esta investigación, por ejemplo que para el cálculo del empobrecimiento se utilizan líneas de pobreza tales como: \$US1 per cápita al día o bien \$US 2 por persona al día PPA³¹. A su vez, para el indicador IJCF no hay estudios, al menos

³⁰ Xu K. et al., Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Artículo de The Lancet, Vol 362. 2003.

³¹ Xu, en la Metodología aplicada en este trabajo, establece que existen muchas formas de definir la pobreza. E indica que “ninguna de ellas es perfecta considerando la validez de la teoría y la viabilidad en la práctica”.

publicados, que hayan utilizado la misma metodología utilizada en este estudio, por lo cual no se podrá hacer comparaciones al respecto.

En cuanto a comparaciones por series de tiempo, esto no es posible, ya que la data utilizada en el análisis corresponde a la primera encuesta de este tipo realizada en Chile, y a la fecha no se ha llevado a cabo una segunda. De esta forma, esto queda para futuras investigaciones.

Finalmente, para cada uno de los indicadores se estiman intervalos de confianza al 95%, mediante la técnica de bootstrapping.

4.2.2. Progresividad de las Cotizaciones de Salud y los Gastos de Bolsillo en Salud.

Para examinar la *progresividad de las cotizaciones en salud*, el análisis se hace por subsistema de aseguramiento, y el ejercicio consiste en determinar la distribución de la carga financiera debido a las cotizaciones de salud, por quintil de ingreso³². Este análisis, se hace a través de datos agregados³³, los cuales son proporcionados por la Superintendencia de Salud, para el caso de las cotizaciones del subsistema ISAPRES, y por FONASA, para el caso de las cotizaciones del Seguro Público de Salud³⁴.

En Chile, la cotización de salud obligatoria es de un 7% de la renta imponible, con un tope de 4,2 UF mensual³⁵. Con respecto a FONASA, lo anteriormente dicho es efectivamente cierto. Sin embargo, para el caso de las ISAPRES, el monto final de la cotización depende del riesgo médico de los asegurados, así tenemos que el sistema ISAPRE opera como un seguro individual, en donde las personas pueden financiarlo mediante sus cotizaciones obligatorias y un adicional (voluntario), y que va a depender de los beneficios a contratar y

³² En este punto se usarán como sinónimos los conceptos ingreso y renta imponible.

³³ Los datos proporcionados por las Instituciones respectivas, es por tramos de renta y por quintiles de renta, y no a nivel de hogar o cotizante.

³⁴ Los datos agregados, para el caso de las ISAPRES provienen de Archivo Maestro de Beneficiarios Diciembre 2006, que las ISAPRES remiten en forma periódica a la Superintendencia de Salud. Para el caso de FONASA, los datos provienen de la Base de Datos Cotizaciones a Diciembre 2006.

³⁵ Lo que equivale a una Renta Imponible de 60 UF.

por lo cual se establece una prima a pagar que está en función de los riesgos médico de él o los asegurados.

De esta forma, por un lado, FONASA aplica un porcentaje parejo a todos sus afiliados, es decir, una cotización en salud igual al 7% de la renta imponible, por lo cual todos los cotizantes contribuyen a la salud en la misma proporción independiente de su nivel de ingresos, lo cual nos lleva a priori a afirmar que estamos frente a un aseguramiento público de salud cuyo financiamiento a través de las cotizaciones es equitativo. Sin embargo, antes de ratificar lo anterior, debemos incorporar en el análisis lo siguiente: Dado el tope máximo de prima o cotización legal a pagar mensualmente, existe un cierto número de cotizantes que no pagan un 7% de su ingreso mensual, si no que un monto igual a 4,2 UF, y son quienes tienen una renta imponible mayor a 60 UF. Bajo ese contexto, es necesario analizar este caso extremo para poder ratificar o no si el seguro público de salud es equitativo.

Ahora bien, con respecto a las ISAPRES, el afiliado accede a un plan de salud que depende del monto de su cotización, del número de cargas y de la edad y sexo de éstos, pudiendo cotizar un porcentaje mayor al legal (7%) con el fin de acceder a un plan con mayores beneficios. Entonces, lo que se pretende es determinar el % efectivo de cotización en el subsistema de salud privado, el cual ya presuponemos debiera estar por sobre el 7% obligatorio, pero no sabemos cuanto más arriba. A priori no podemos afirmar nada en relación a la progresividad del subsistema sin analizar los datos, sin embargo dado que este subsistema cobra en función de los riesgos médicos y no en función de los ingresos, la hipótesis sugerida es que el financiamiento del subsistema de salud privado es regresivo.

Cabe destacar que para ambos subsistemas estamos limitados a analizar desde un punto de vista de los ingresos declarados por las personas, por lo cual los resultados pueden verse afectados. Lo anterior, en vista de que, por un lado, tenemos personas clasificadas tramo A FONASA también denominados como “carentes de recursos”, las cuales podrían tener algún tipo de ingreso y que no declararon como tal y por lo tanto no están aportando el 7% correspondiente. Ahora bien, lo mismo puede suceder en el caso de trabajadores dependientes que reciben otros ingresos por labores que hagan por cuenta propia, y no

declaren estos ingresos y por lo tanto tampoco hagan sus cotizaciones correspondientes, ya sea a FONASA o a alguna ISAPRE.

Bajo ese contexto, para examinar la progresividad de la cotización en salud se calcula, para cada subsistema de aseguramiento en salud, el % de cotización en salud pagado para cada quintil de ingreso (renta imponible declarada). Es decir:

$$CFCS_q = \frac{\overline{cot}_q}{\overline{Y}_q}$$

Donde,

$CFCS_q$ = Contribución Financiera de la Cotización en Salud por quintil

\overline{cot}_q = Cotización en Salud promedio por quintil

\overline{Y}_q = Ingreso promedio por quintil

Así, la metodología consiste en evaluar si los cotizantes que tienen menores ingresos pagan una menor, mayor o igual cotización en salud, en términos porcentuales, que quienes tienen mayores ingresos, es decir evaluar si los subsistemas de aseguramiento son progresivos, regresivos o neutrales en su financiamiento por medio de la cotización de salud.

En tanto, para el análisis de la *progresividad de los Gastos de Bolsillo en Salud*, el análisis también se realiza por subsistema de aseguramiento, y éste consiste en determinar la distribución de la carga financiera en los hogares debido a los gastos de bolsillo en salud. Este análisis se lleva a cabo a través de datos a nivel de hogar, obtenidos de la Encuesta Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud 2005 (Minsal).

Así, para examinar la progresividad de los gastos de bolsillo en salud se calcula, de acuerdo a la metodología de Xu (2005), el indicador de la carga financiera debido a este tipo de gastos, el cual es el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago del hogar. En forma agregada es posible presentar este nivel por quintil de gasto. Es decir:

A nivel de hogar:

$$CFGS_h = \frac{gb_h}{cap_h}$$

En donde,

$CFGS_h$ = Contribución Financiera de los Gastos de bolsillo en Salud por hogar

gb_h = Gastos de bolsillo en salud por hogar

cap_h = Capacidad de Pago por hogar

A nivel de Quintil

$$CFGS_q = \frac{\overline{gb}_q}{\overline{cap}_q}$$

En donde,

$CFGS_q$ = Contribución Financiera de los Gastos de bolsillo en Salud por quintil

\overline{gb}_q = Gastos de bolsillo en salud promedio por quintil

\overline{cap}_q = Capacidad de Pago promedio por quintil

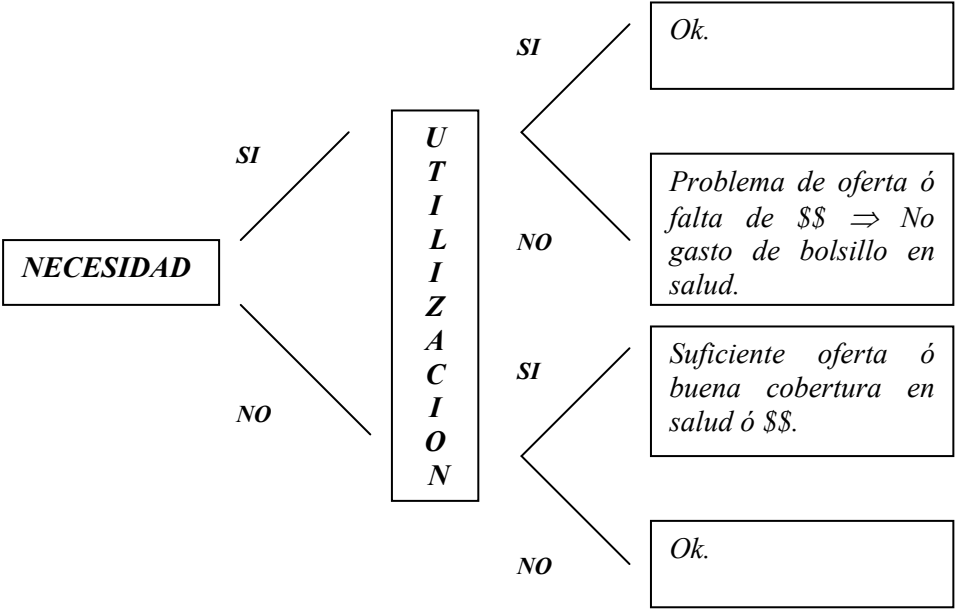
En este punto, la metodología consiste en evaluar si los hogares que tienen una menor capacidad de pago, pagan un menor, mayor o igual gasto de bolsillo en salud, en términos proporcionales, que quienes tienen mayor capacidad de pago, es decir evaluar si los subsistemas de aseguramiento son progresivos, regresivos o neutrales en su financiamiento por medio de los gastos de bolsillo en salud.

4.2.3. Distribución de las Necesidades de Salud y Utilización de los Servicios de Salud

Tal como hemos planteado, los gastos de bolsillo en salud son aquellos pagos directos que hacen los hogares (personas) al momento de utilizar los servicios de salud. Entonces, la inquietud que se nos surge es ¿existen personas (hogares) que postergan sus atenciones de salud porque no cuentan con los recursos para hacerlo o bien porque es insuficiente la

oferta de servicios de salud?, porque de hecho puede ocurrir que los hogares más pobres gasten menos en salud, ya sea porque no pueden costear los servicios de salud, aun cuando tienen la necesidad por atención de salud, o bien les es imposible acceder a la atención por problemas en la oferta. En consecuencia, los gastos de bolsillo en salud diferirían entre lo esperado y lo real, y por ende el análisis de progresividad del gasto de bolsillo de salud debe tener en cuenta esta situación.

Nótese que las personas pueden declarar tener necesidad de atención en salud, es decir reportarse como enferma, pero a la hora de utilizar los servicios de salud, no lo hacen, por diversos motivos, entre estos el no contar con dinero para hacerlo. En la figura siguiente se esboza esta situación:



De esta forma, se analiza la *distribución de la necesidad y la utilización de servicios de salud*, con el objeto de establecer si las personas no gastan de su bolsillo por motivos de salud porque no cuentan con el dinero para hacerlo o bien porque la oferta es insuficiente, a pesar de tener la necesidad. Este análisis se lleva a cabo a través de los datos de la Encuesta CASEN 2006 (MIDEPLAN), y consiste en estimar el porcentaje de la población que declaró tener necesidad de salud pero dado la falta de dinero ó por insuficiencia de la oferta no utilizó los servicios de salud para esa necesidad de salud en particular. Asimismo, se

examina el porcentaje de la utilización de servicios de salud. Además, cada medida es presentada por quintil de ingreso y estratificada por previsión en salud.

Por último, se indica que los análisis estadísticos que nos permite acercarnos a examinar la Justicia Financiera del Sistema de Salud Chileno se realizan con el programa Stata 9.1.

4.3. Limitaciones de los Datos

Este trabajo se circunscribe a la población chilena que cuenta con aseguramiento en salud en FONASA o en las ISAPRES. La cual corresponde al 86% del total poblacional, en donde un 70% pertenece al Seguro Público de Salud y el 16% a las ISAPRES. El resto de la población corresponde a personas particulares o beneficiarias del sistema de salud de las Fuerzas Armadas.

Dentro de la población beneficiaria del Seguro Público de Salud, un 23,8% del total de la población chilena, son beneficiarios clasificados como “carentes de recursos”, los cuales corresponden a aquellas personas que no perciben ingresos (indigentes) o bien son beneficiarias del Subsidio Único Familiar (SUF) ó de Pensiones Asistenciales de Invalidez y Ancianidad (PASIS).

Por lo demás esta población, es financiada por el Estado mediante el aporte fiscal que transfiere a FONASA. Dado lo anterior, tenemos que un 62% de la población chilena contribuye a la salud por medio de sus cotizaciones en salud.

En cuanto al análisis estadístico, cabe hacer notar que para el Gasto de Bolsillo en Salud la muestra de hogares ISAPRES es menor a 100 para cada uno de los primeros tres quintiles, por lo cual es factible que las conclusiones se vieran afectadas en su significancia por esta limitación en la representatividad.

Asimismo, nótese que en este trabajo no podemos integrar (sumar) lo referido a las cotizaciones y los gastos de bolsillo de salud, debido a que la unidad de análisis son

distintas: para el caso de la cotizaciones de salud el individuo son los cotizantes, en tanto que para el caso del gasto de bolsillo la unidad de análisis son los hogares. Lo anterior, dado que la procedencia de los datos es de distinta fuente. Además, al analizar la progresividad de la Cotización de Salud sólo analizamos a quienes aportan a través de la cotización al sistema de salud, ya que para el caso de FONASA, se podría haber incorporado a los “carentes de recursos” los cuales en teoría al tener 0 ingreso su aporte vía cotización es 0, en términos de entender la progresividad de la cotización podría llevarnos a afirmar que este subsistema es progresivo por cuanto la tasa de cotización es 0% para quienes no tienen ingreso y 7% para quienes si lo tienen.

5. Resultados

5.1 Distribución y Estructura del Gasto de Bolsillo, y sus Efectos en el Ámbito del Ingreso y en el Ámbito de la Carga Financiera

En relación a la *Distribución del Gasto de Bolsillo en Salud por quintiles*, en los Cuadros I y II se aprecia lo siguiente:

Cuadro I. Distribución del Gasto de Bolsillo en Salud, según Quintil de Gasto, ENSGS 2005

QUINTILES DE GASTO	GASTO DE BOLSILLO EN SALUD PROMEDIO DEL HOGAR (\$)	GASTO BOLSILLO EN SALUD COMO % DEL GASTO TOTAL DEL HOGAR	GASTO BOLSILLO EN SALUD COMO % DE LA CAPACIDAD DE PAGO DEL HOGAR	% HOGARES EMPOBRECIDOS POR GASTO DE BOLSILLO EN SALUD	% HOGARES QUE ENFRENTAN GASTOS CATASTROFICOS EN SALUD
Quintil I	3.824	3,7%	7,4%	2,3%	4,5%
Quintil II	12.525	7,0%	12,0%	2,2%	8,2%
Quintil III	32.544	11,6%	17,2%	0,7%	13,2%
Quintil IV	55.118	13,6%	17,8%	0,5%	12,1%
Quintil V	183.547	17,7%	20,3%	0,0%	14,3%
Total	57.933	10,7%	14,9%	1,15%	10,47%

Cuadro II. Distribución del Gasto de Bolsillo en Salud, según Quintil de Gasto y Previsión en Salud, ENSGS 2005

QUINTILES DE GASTO	GASTO DE BOLSILLO EN SALUD PROMEDIO DEL HOGAR (\$)		GASTO BOLSILLO EN SALUD COMO % DEL GASTO TOTAL DEL HOGAR		GASTO BOLSILLO EN SALUD COMO % DE LA CAPACIDAD DE PAGO DEL HOGAR		% HOGARES EMPOBRECIDOS POR GASTO DE BOLSILLO EN SALUD		% HOGARES QUE ENFRENTAN GASTOS CATASTROFICOS EN SALUD	
	FONASA	ISAPRES	FONASA	ISAPRES	FONASA	ISAPRES	FONASA	ISAPRES	FONASA	ISAPRES
	Quintil I	3.827	3.536	3,7%	2,6%	7,4%	8,0%	2,4%	0,0%	4,5%
Quintil II	12.374	17.115	6,9%	9,6%	11,8%	16,35%	2,2%	2,1%	7,8%	20,1%
Quintil III	32.376	35.946	11,5%	13,7%	17,1%	20,0%	0,8%	0,0%	13,2%	12,9%
Quintil IV	52.659	67.539	13,5%	14,4%	17,6%	18,5%	0,5%	0,0%	11,5%	15,6%
Quintil V	202.390	165.317	21,1%	14,4%	24,3%	16,42%	0,0%	0,0%	20,7%	8,2%
Total	45.058	129.198	10,1%	14,0%	14,6%	17,0%	1,34%	0,09%	10,47%	10,47%

En primer lugar se puede observar que el *Gasto de Bolsillo en Salud promedio por hogar* alcanza la suma de \$57.993³⁶, siendo este valor superior al gasto de bolsillo promedio por hogar al interior de cada uno de los primeros cuatro quintiles. Lo anterior, puede ser explicado por la gran incidencia de los gastos de bolsillo del quintil V. Al examinar este promedio, pero a nivel previsional, se aprecia un gasto de bolsillo medio por hogar de \$45.058 y \$129.198 para FONASA e ISAPRES respectivamente. No obstante, al adentrarse por quintiles y previsión, destaca que el quintil V de FONASA presenta un promedio de gasto de bolsillo en salud que excede al promedio ISAPRES para ese mismo quintil en torno a los \$37.000. Al calcular un indicador 20/20, con el objeto de examinar la concentración del gasto entre los hogares socio-económicamente extremos, se observa un valor en torno a 48, lo cual se puede interpretar como que el gasto promedio de bolsillo en salud entre los hogares de los quintiles I y V es 48 veces superior, incidiendo fuertemente el gasto que hace el quintil V frente al escaso gasto de bolsillo del quintil I. En tanto que, por previsión, la concentración del gasto es de 53 y 47 veces, para FONASA e ISAPRES respectivamente, apreciándose que para FONASA, influye más significativamente el gasto los hogares del quintil V frente al menor gasto de los hogares del quintil I, que en comparación del resultado obtenido para ISAPRES.

Al observar el *gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total del hogar*, éste alcanza un valor medio de 10,7% y se evidencia claramente una carga progresiva, ya que los hogares de los quintiles más ricos gastan en salud una mayor proporción del gasto total que los hogares de los quintiles más pobres. Por previsión en salud, se aprecia una mayor

³⁶ \$ en valor año 2005.

proporción para los hogares de las ISAPRES en relación a los de FONASA, 14% y 10,1% respectivamente, en tanto por quintiles, el porcentaje de gasto en salud con respecto al gasto total del hogar, se obtienen % mayores para los quintiles I y V de FONASA comparado a los de ISAPRES.

Con respecto al *gasto de bolsillo en salud como porcentaje de la capacidad de pago de los hogares*, se observa que éste en promedio está en torno al 14,9%. Este porcentaje al igual al determinado anteriormente, es progresivo en su carga, ya que los quintiles más pobres sacrifican una menor proporción de su capacidad de pago que los hogares más ricos. Ahora bien, a nivel previsional, la tendencia de progresividad se mantiene para los hogares FONASA, sin embargo, esta se revierte para los hogares ISAPRES, debido a que la carga que deben soportar los hogares producto del gasto de bolsillo en salud con respecto a su capacidad de pago, es regresiva, ya que los hogares de los quintiles III y IV, con un 20% y 18,5% son quienes soportan una mayor carga si los comparamos con los hogares del quintil V.

El *empobrecimiento* por Gastos de Bolsillo en Salud, entendiendo como esto, cuando los hogares enfrentan gastos en salud que los lleva a caer por debajo de su gasto de subsistencia habiendo estado por sobre éste antes de realizar el gasto directo en salud, alcanza a un 1,15% de los hogares chilenos, siendo los quintiles I y II los más afectados, con un 2,3% y 2,2% de hogares empobrecidos respectivamente. A nivel previsional, el observar el Cuadro II, este porcentaje tiene mayor incidencia en los hogares que conforman la población beneficiaria de FONASA, en donde el porcentaje de hogares empobrecidos por gasto en salud llega a 1,34%, en tanto que, el % de hogares empobrecidos pertenecientes al segmento ISAPRES es de un 0,09%. A nivel de quintil, los resultados muestran que los hogares más afectados son los pertenecientes a los quintiles I y II, exceptuando al quintil I de las ISAPRES³⁷, en donde, en un rango entre 2,1% y 2,4% de los hogares cayeron bajo su gasto de subsistencia. En general, se examina que los hogares FONASA, en comparación con los hogares ISAPRES, son quienes se vieron más afectados por el empobrecimiento producto del gasto en salud.

³⁷ Existen problemas de representatividad de la muestra para el quintil I de ISAPRES.

Los hogares que se ven afectados por *Gastos Catastróficos* en Salud, es decir aquellos gastos directos en salud que superan el 40% de la capacidad de pago, representan un 10,47% del total de hogares, siendo el quintil V el que presenta una mayor proporción de hogares con gastos catastróficos, comparado con el resto de los quintiles, sobrepasando el 14%. En tanto, a nivel de aseguramiento en salud, la proporción de hogares que enfrentan este tipo de gasto es la misma para las ISAPRES como para FONASA, un 10,47%, no obstante, a nivel de quintiles, en FONASA, son los hogares del quintil V quienes más se ven afectados por gastos catastróficos, siendo un 20,7% de los hogares quienes lo soportan, en tanto en las ISAPRES son los hogares del quintil II quienes mayormente enfrentan este tipo de gastos, ya que de ellos el 20,1% cargan con gastos por sobre el 40% de su capacidad de pago. Además, del total de hogares FONASA que presentaron gastos catastróficos, el 50% de éstos tienen gastos de salud menor o igual a \$116.167.-, en tanto que para los hogares ISAPRES en esta misma situación, el 50% de éstos presentan gastos cuyo valor es igual o menor a \$229.000.-

Continuando con la distribución del gasto de bolsillo en salud, ahora, al examinar el *porcentaje de hogares según nivel de carga*, se observa en el Cuadro III que un 54%, de los hogares enfrenta gastos en salud menores al 10% de su capacidad de pago, y esto se replica a nivel previsional, en donde el 55,5% y el 45,6% de los hogares, de FONASA e ISAPRES respectivamente, soporta una carga financiera por concepto de gastos en salud de hasta un 10% de su capacidad de pago. En tanto, para el tramo de carga financiera [10% - 40%], los hogares pertenecientes a ISAPRES superan a los hogares FONASA, en 10 puntos porcentuales, ya que un 44% de los hogares ISAPRES frente a un 34% de los hogares FONASA, caen dentro de este grupo de carga financiera. Así, se observa que los hogares ISAPRES, en comparación a los hogares, FONASA enfrentan mayores niveles de carga financiera.

Cuadro III. Porcentaje de Hogares según Carga Financiera y Previsión en Salud, ENSGS 2005

CARGA FINANCIERA	% HOGARES SEGÚN NIVELES DE CARGA		
	FONASA	ISAPRES	TOTAL
0 - 10%	55,5%	45,6%	54,0%
10 - 20%	16,6%	22,6%	17,5%
20 - 40%	17,4%	21,4%	18,0%
40% Y MÁS	10,5%	10,5%	10,5%
Total	100%	100%	100%

Todo hogar empobrecido por motivos de salud es producto a que éste se vio enfrentado a un gasto catastrófico en salud. De esta forma, del total de hogares, el 1,15% enfrentó tal situación. Ahora bien, si sólo se examina el total de hogares que enfrentó gastos catastróficos, la proporción de éstos que cayeron a su vez en la pobreza alcanza el 11%. Al estratificar por previsión, un 12,8% y un 0,86% de los hogares FONASA e ISAPRES respectivamente, tuvieron gastos catastróficos y se empobrecieron. De esta forma, se examina una mayor vulnerabilidad de los hogares pertenecientes a FONASA en relación a tener gastos catastróficos y producto de aquello empobrecerse.

Con respecto a la *Estructura del Gasto de Bolsillo en Salud en cada Quintil de gasto*, se puede apreciar en el Cuadro IV la participación relativa de cada componente asociado al gasto de bolsillo en salud. Así, se observa que para todos los quintiles, el gasto en “Medicamentos”, es el gasto que tiene un mayor peso dentro del gasto total de bolsillo en salud, con un 43,9%, sólo seguido por la “Consulta Médica” con una participación del orden del 19,8%, y en un tercer lugar el “Servicio Dental” cuyo valor está en torno al 9,1%. Ahora bien, al examinar los quintiles se aprecia como el ítem “Medicamentos” es fuertemente incidente dentro del gasto de bolsillo del quintil I, donde este gasto alcanza una participación de 55,7%, en tanto que para el quintil V el gasto en medicamentos sólo representa un 34,6% del gasto total. Por lo demás, se observa como el gasto asociado a “Consulta Médica” tiene una mayor peso relativo para los quintiles más ricos comparado con lo quintiles más pobres, la misma tendencia sucede con el componente “Servicio Dental”. Nótese además, que gastos tales como “Homeopatías, yerbas medicinales, etc.” e “Insumos” presentan un peso relativo de 3% y 2,9% respectivamente, no obstante se

aprecia que estos tipos de gastos tienen un mayor peso relativo en los hogares de los quintiles más pobres.

Cuadro IV. Composición Gasto Bolsillo en Salud por Quintil de Gasto, ENSGS 2005

Componente del Gasto de Bolsillo en Salud	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Medicamentos	55,7%	47,9%	49,1%	40,7%	34,6%	43,9%
Consulta Médica	6,3%	16,1%	21,2%	21,1%	25,7%	19,8%
Servicio Dental	5,3%	5,6%	6,1%	11,8%	13,5%	9,1%
Anteojos ó Lentes de Contacto	6,0%	9,4%	5,4%	7,3%	5,6%	6,7%
Exámenes de Imágenes	7,0%	4,6%	4,5%	4,1%	3,7%	4,5%
Exámenes de Laboratorio	2,0%	3,7%	3,4%	3,4%	4,6%	3,6%
Atención Hospitalaria	1,0%	1,6%	2,8%	4,0%	4,3%	3,0%
Homeopatías, Yervas Medicinales, etc.	6,1%	3,1%	2,7%	2,5%	2,2%	3,0%
Insumos	6,3%	4,0%	2,5%	2,2%	1,5%	2,9%
Otros Prof. de la Salud No Medico	1,0%	1,4%	0,6%	1,3%	2,0%	1,3%
Consulta Medicina Alternativa	1,4%	0,2%	0,7%	0,6%	0,7%	0,6%
Tratamientos Médicos	0,3%	1,3%	0,2%	0,1%	0,7%	0,5%
Aparatos Ortopédicos y/o Terap.	1,4%	0,5%	0,4%	0,3%	0,2%	0,5%
Hospitalización Domiciliaria	0,1%	0,7%	0,2%	0,3%	0,4%	0,4%
Audifonos	0,0%	0,1%	0,2%	0,5%	0,2%	0,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Al apreciar los resultados asociados a la estructura del gasto de bolsillo, pero incorporando la previsión en salud, se aprecia en los Cuadros V y VI que tanto para FONASA como para ISAPRES, las componentes con mayor peso relativo son los “Medicamentos”, la “Consulta Médica” y el “Servicio Dental”. Claramente, se aprecia como el ítem “Medicamentos” tienen un mayor peso en los hogares FONASA en relación a los hogares ISAPRES, 46,7% y 32% respectivamente, y definitivamente para los quintiles más pobres de FONASA este gasto tiene una mayor incidencia dentro del gasto total de bolsillo en comparación con los hogares pertenecientes a los quintiles más ricos. Lo anterior, también sucede para los hogares ISAPRES, que con excepción del quintil I cuyo resultado puede verse influido por los problemas de representatividad de la muestra que conforma este grupo. Así se aprecia que la carga financiera del gasto en “Medicamentos” es regresiva, debido a que los hogares de los quintiles más pobres destinan una mayor proporción del gasto de bolsillo a este ítem. En cuanto a la “Consulta Médica” se visualiza que para los hogares más ricos de FONASA este ítem representa una mayor incidencia en su gasto de bolsillo con respecto a los hogares más pobres, en tanto que para los hogares ISAPRES, este tipo de gasto tiene un mayor peso para los hogares de capas medias.

**Cuadro V. Composición Gasto Bolsillo en Salud, por Quintil de Gasto hogares
FONASA, ENSGS 2005**

Componente del Gasto de Bolsillo en Salud	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Medicamentos	56,2%	47,3%	50,2%	42,4%	38,3%	46,7%
Consulta Médica	6,3%	16,2%	20,4%	19,5%	27,3%	18,5%
Servicio Dental	4,9%	5,8%	6,1%	11,7%	10,0%	7,7%
Anteojos ó Lentes de Contacto	6,1%	9,4%	5,5%	6,8%	4,4%	6,6%
Exámenes de Imágenes	6,7%	4,6%	4,4%	4,4%	4,7%	4,8%
Exámenes de Laboratorio	1,9%	3,7%	3,3%	3,4%	3,8%	3,3%
Insumos	6,4%	4,1%	2,5%	2,4%	1,6%	3,2%
Homeopatías, Yervas Medicinales, etc.	6,2%	3,2%	2,8%	2,5%	2,1%	3,2%
Atención Hospitalaria	1,0%	1,5%	2,6%	3,8%	4,1%	2,6%
Otros Prof. de la Salud No Medico	1,0%	1,4%	0,5%	1,4%	1,1%	1,1%
Consulta Medicina Alternativa	1,4%	0,2%	0,7%	0,7%	0,9%	0,7%
Aparatos Ortopédicos y/o Terap.	1,4%	0,5%	0,4%	0,3%	0,3%	0,5%
Tratamientos Médicos	0,3%	1,3%	0,3%	0,1%	0,5%	0,5%
Hospitalización Domiciliaria	0,1%	0,7%	0,1%	0,1%	0,8%	0,3%
Audifonos	0,0%	0,1%	0,2%	0,6%	0,2%	0,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Cuadro VI. Composición Gasto Bolsillo en Salud, por Quintil de Gasto hogares
ISAPRES, ENSGS 2005**

Componente del Gasto de Bolsillo en Salud	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Medicamentos	0,0%	64,5%	28,9%	32,1%	31,0%	32,0%
Consulta Médica	0,0%	14,6%	35,7%	29,2%	24,2%	25,5%
Servicio Dental	41,4%	0,3%	6,2%	12,4%	16,9%	14,9%
Anteojos ó Lentes de Contacto	0,0%	8,9%	3,5%	9,7%	6,9%	7,3%
Exámenes de Laboratorio	10,4%	4,6%	5,9%	3,1%	5,5%	5,0%
Atención Hospitalaria	0,0%	3,1%	6,5%	4,8%	4,5%	4,6%
Exámenes de Imágenes	42,7%	3,4%	5,3%	2,7%	2,7%	3,1%
Otros Prof. de la Salud No Medico	5,5%	0,0%	0,8%	0,8%	2,9%	2,3%
Homeopatías, Yervas Medicinales, etc.	0,0%	0,7%	0,8%	2,3%	2,3%	2,1%
Insumos	0,0%	0,0%	2,9%	1,0%	1,5%	1,5%
Tratamientos Médicos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,6%
Hospitalización Domiciliaria	0,0%	0,0%	1,9%	1,4%	0,1%	0,5%
Consulta Medicina Alternativa	0,0%	0,0%	1,6%	0,1%	0,4%	0,4%
Audifonos	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%
Aparatos Ortopédicos y/o Terap.	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Ahora bien, en el Cuadro VII se pueden apreciar *los Efectos del Gasto de Bolsillo en Salud en el área del ingreso y en la carga financiera*, en donde:

Cuadro VII. Indicadores de los Efectos del Gasto de Bolsillo en Salud en las Áreas del Ingreso y de la Carga Financiera

Índice de Justicia Contribución Financiera (IJCF)	% hogares que se empobrecen	% hogares que enfrentan gastos catastróficos
0,771	1,15%	10,47%

El *porcentaje de hogares que se empobrecen después del pago directo por los servicios de salud*, está en torno al 1,2%, lo que en términos absoluto se traduce en un total de 38.449.- hogares FONASA e ISAPRES empobrecidos. A saber, el empobrecimiento por causa de gastos de salud, se refiere a cuando los hogares caen por debajo de su gasto de subsistencia producto del gasto directo en salud. Asimismo, este gasto que empobrece no necesariamente se trata, en términos absolutos de grandes montos, pero si representa una fracción importante de la capacidad de pago de los hogares. Lo anterior, conlleva a que exista una proporción de hogares, vulnerables a caer en la pobreza, producto a ciertos gastos de salud, imprevistos y/o sostenidos, que impactan el presupuesto del hogar. Así, tenemos que del total de hogares que se empobrecieron producto de los gastos de salud, el 50% de éstos presentan gastos de bolsillo cuyo monto es inferior o igual a \$50.300.- Lo anterior, no deja de ser interesante en términos de política pública, ya que no todo gasto empobrecedor significa millonarias sumas de dinero.

En tanto, la *proporción de hogares que enfrentan gastos por motivos de salud que sobrepasan el 40% de su capacidad de pago* – los denominados gastos catastróficos en Salud- alcanza la cifra de 10,47% del total de hogares. En términos absolutos lo anterior, implica que el total de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud está en torno a 350.488.- hogares. Asimismo, del total de hogares que presentaron gastos catastróficos, el 50% de éstos tienen gastos de salud menor o igual a \$129.233.- Cabe hacer notar que del total de hogares que tuvieron gastos catastróficos, un 89% de éstos no se empobrecieron (lo que equivale a un 9,3% del total de hogares). Luego, no todo gasto catastrófico arrastra a los hogares al empobrecimiento.

En este punto, al comparar la estimación del indicador “porcentaje de hogares chilenos con gastos catastróficos en salud” con las estimaciones de la publicación “Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”, en donde se determinó este mismo indicador para un total de 59 países, podemos afirmar que el sistema de salud chileno presenta estimaciones para este indicador del orden de los más altos, siendo similar a las estimaciones de países tales como Brasil y Vietnam. Las estimaciones para Chile están muy por sobre de países de la región, como Costa Rica (0,12%), México (1,54%) y Panamá

(2,35%); e incluso muy lejos de países con tradición en protección social como son: Francia (0,01%), Alemania (0,03%) y Dinamarca (0,07%). No obstante, más allá de la protección a las personas ante los gastos catastróficos que pueda otorgar los sistemas de salud en cada uno de los países del estudio, la situación de que Chile presente un alto porcentaje de hogares con gastos catastróficos en comparación con otros países, sobretodo con los de la región, podría encontrar explicación en que Chile la disponibilidad de servicios de salud es mayor a la de los países de la región y por ende el gasto también lo es, exponer esto no es antojadizo, dado de que es de conocimiento, que Chile presenta indicadores de salud que están por sobre los de la región, incluso son comparables a los de países desarrollados.

Y finalmente, el *Índice de la Justicia de la Contribución Financiera de los Gastos de Salud*, de acuerdo a los datos obtenidos de la ENSGS 2005, es de 0,771. El valor obtenido del IJCF difiere de 1, por lo cual el sistema de salud dista de ser equitativo. Cabe indicar que este índice contempla sólo los pagos directos, o sea los de bolsillo, y no incorpora los pagos anticipados tales como: los pagos asociados a impuestos y los pagos por cotizaciones de salud, por lo cual es un índice parcial del calculado por la OMS en su Informe Mundial de Salud (IMS 2000). Dado lo anterior, este valor no lo podemos comparar con otros valores de este mismo índice (obtenido bajo esta misma metodología) ya sea para Chile (otro periodo) o bien otros países, ya que actualmente no hay estudios por lo menos publicados, con los cuales hacer comparaciones.

Cabe indicar, que para cada uno de los indicadores anteriores, se estimaron intervalos de confianza al 95% mediante la técnica de bootstrapping, los cuales están disponibles en el Anexo IV de este documento.

5.2 Progresividad de las Cotizaciones de Salud y de los Gastos de Bolsillo en Salud

5.2.1 Progresividad de las Cotizaciones de Salud

En el año 2006³⁸, por concepto de *Cotizaciones de Salud* el subsistema ISAPRES recaudó, MM\$920.192, de las cuales un 72,3% corresponde a la cotización legal obligatoria del 7% de la renta imponible, otro 2,4% corresponde a otros aportes³⁹, y un 25,3% equivale a cotizaciones adicionales voluntarias, las cuales complementan el financiamiento de los planes de salud de los afiliados a las ISAPRES, y su valor está asociado a los riesgos de las personas.

Ahora bien, con respecto a los datos aportados por la Superintendencia de Salud⁴⁰, la cotización promedio diciembre 2006 por cotizante alcanzó la cifra de \$61.627.- Por otra parte, la renta imponible promedio de diciembre 2006 por cotizante llegó a \$583.592.- De esta forma, la cotización pactada promedio representa un 10,6% de la renta imponible. En consecuencia, en promedio los afiliados a las ISAPRES cotizan en salud un porcentaje que sobrepasa al 7% legal en 3,6 puntos porcentuales.

En el Cuadro VIII se presenta la relación cotización en salud y renta imponible por tramo de renta. En este se puede apreciar como los afiliados cuyas rentas son más bajas presentan en promedio un porcentaje mayor de cotización en salud en comparación con la contribución que hacen los afiliados con rentas más altas.

Sin embargo, cabe señalar que el alto % de cotización de las rentas menores a \$150.000.-, se explica porque en estos tramos de renta, fuertemente está representado por cotizantes voluntarios del subsistema, por lo cual la renta que declaran es un estimado que no necesariamente implica que sea ese nivel de renta el que perciben. No obstante, aun cuando se acote el examen sólo a las rentas mayores de \$150.000.-, los afiliados con rentas más bajas contribuyen en un % mayor de su renta que los cotizantes con rentas más altas. Así

³⁸ De acuerdo a Ficha Económica Financiera de ISAPRES, Superintendencia de Salud. Enero-Diciembre 2006.

³⁹ Corresponde a aportes de empleadores e Ingreso Fondo de Compensación.

⁴⁰ Datos elaborados por el Departamento de Estudios y Desarrollo a partir del Archivo Maestro de Beneficiarios Diciembre 2006, Superintendencia de Salud.

tenemos que las personas cuyas rentas están entre \$150.000.- y \$200.000.- tienen un % de cotización pactada promedio de 16%, en tanto que aquellos cuyas rentas sobrepasan \$1.000.000.- contribuyen en torno al 8% y 9%.

Cuadro VIII. Relación Cotización en Salud y Renta Imponible, por Tramo de Ingresos de Afiliados ISAPRES, Diciembre 2006

TRAMO DE RENTA IMPONIBLE	RENDA IMPONIBLE PROMEDIO	COTIZACION PACTADA PROMEDIO	% COTIZACION PACTADA
renta=0	0	55.119	n/c
\$0 < \$100.000	62.295	46.432	74,5%
\$100.000 < \$150.000	128.494	41.668	32,4%
\$150.000 < \$200.000	176.655	28.737	16,3%
\$200.000 < \$250.000	224.284	28.852	12,9%
\$250.000 < \$300.000	274.149	31.620	11,5%
\$300.000 < \$350.000	323.720	35.494	11,0%
\$350.000 < \$400.000	374.425	38.149	10,2%
\$400.000 < \$450.000	424.259	41.255	9,7%
\$450.000 < \$500.000	474.516	44.079	9,3%
\$500.000 < \$550.000	522.744	48.588	9,3%
\$550.000 < \$600.000	573.566	50.802	8,9%
\$600.000 < \$650.000	623.767	53.501	8,6%
\$650.000 < \$700.000	674.263	56.194	8,3%
\$700.000 < \$750.000	724.135	59.187	8,2%
\$750.000 < \$800.000	773.825	62.628	8,1%
\$800.000 < \$900.000	847.324	68.415	8,1%
\$900.000 <= \$1.102.741	1.003.399	79.399	7,9%
>\$1.102.741	1.153.096	102.129	8,9%
Total	583.592	61.627	10,6%

Fuente: Superintendencia de Salud, elaboración del Departamento de Estudios y Desarrollo a partir del Archivo Maestro de Beneficiarios. Dic. 2006.

Ahora bien, si examinamos la relación cotización y renta por quintiles de ingresos, lo cual se presenta en el Cuadro IX, se observa como los resultados en cuanto a la contribución financiera por cotización de salud que hacen los afiliados a las ISAPRES sigue la misma tendencia que los resultados arrojados por tramo de ingresos, en efecto, los quintiles I y II (que reúne a las rentas más bajas) presentan una % de cotización en salud mayor, 73% y 31% respectivamente, con respecto a los quintiles III, IV y V, cuya cotización promedio, en términos porcentuales, es de 14%, 10% y 9% correspondientemente.

Cuadro IX. Relación Cotización en Salud y Renta Imponible, por Quintil de Ingresos de Afiliados ISAPRES, Diciembre 2006

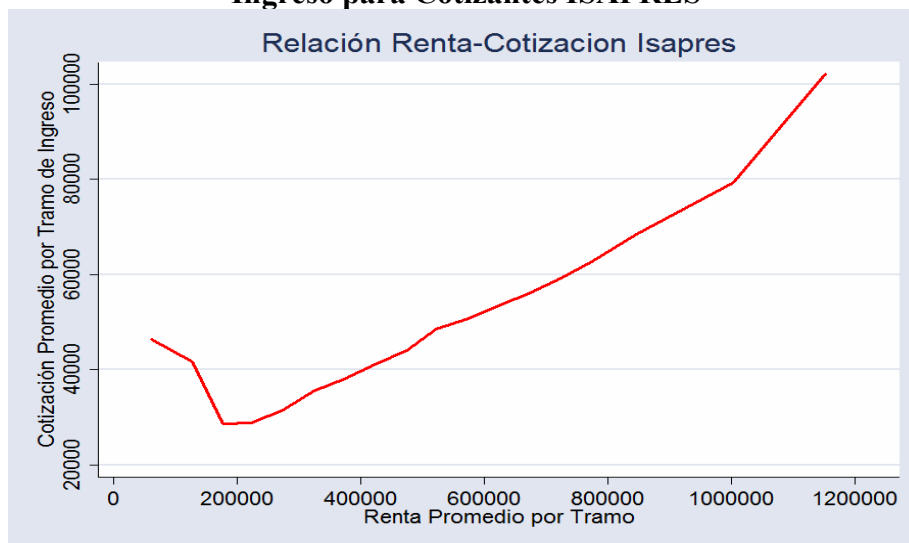
	RENTA IMPONIBLE PROMEDIO	COTIZACION PACTADA PROMEDIO	% COTIZACION PACTADA
Quintil I (*)	63.552	46.453	73,1%
Quintil II	133.151	40.748	30,6%
Quintil III	205.873	29.072	14,1%
Quintil IV	363.777	37.399	10,3%
Quintil V	890.626	76.303	8,6%
Total	583.592	61.627	10,6%

Fuente: Superintendencia de Salud, elaboración del Departamento de Estudios y Desarrollo a partir del Archivo Maestro de Beneficiarios. Dic. 2006.

(*) Para la construcción del Quintil I no se consideraron las rentas declaradas iguales a 0

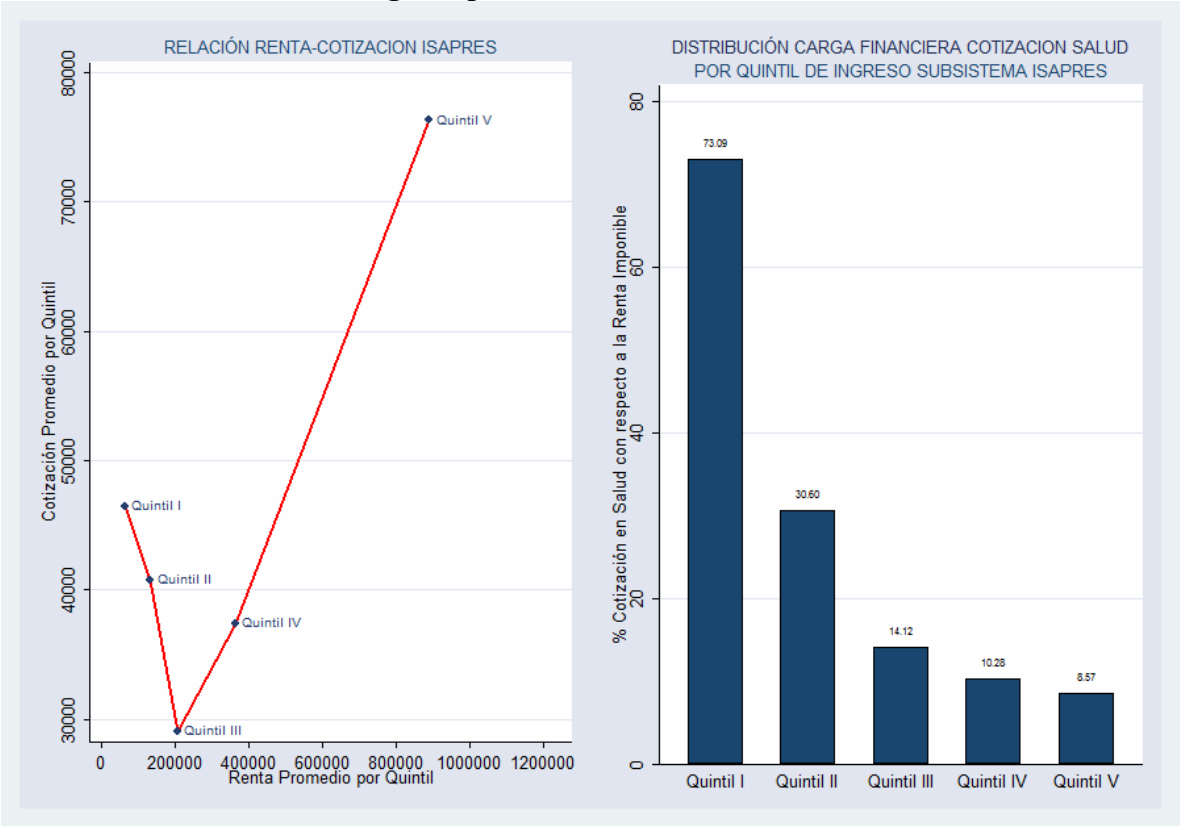
Con los datos anteriores, es posible observar la distribución de la carga financiera por concepto de cotizaciones de salud, tanto por tramo de ingreso como por quintiles. En el Gráfico 1 se presenta esta distribución por tramo de ingreso. En éste se puede apreciar como la contribución financiera vía cotizaciones de salud de los cotizantes de rentas más bajas es mayor si lo comparamos con los cotizantes de rentas más altas. Claramente al visualizar la pendiente se aprecia como el financiamiento de las ISAPRES vía cotizaciones de salud es regresivo con respecto a los ingresos.

Gráfico 1. Distribución Carga Financiera de Cotización de Salud por Tramo de Ingreso para Cotizantes ISAPRES



Lo anteriormente dicho, se ve ratificado cuando observamos en los Gráficos 2 y 3 la distribución de la carga financiera por concepto de cotizaciones de salud por quintiles de ingreso. Acá también se examina como los quintiles más pobres soportan una mayor carga financiera por cotizaciones de salud, en términos porcentuales con respecto a la renta, si lo comparamos con los quintiles más ricos.

Gráfico 2 y 3. Distribución Carga Financiera de Cotización de Salud por Quintil de Ingreso para Cotizantes ISAPRES



En tanto, el Seguro Público de Salud en lo relativo a cotizaciones, para el año 2006, la recaudación fue de MM\$740.386⁴¹, las cuales corresponden en un 100% a la cotización legal obligatoria. Cabe reiterar, que a diferencia de las ISAPRES, el Seguro Público de Salud no cobra una prima adicional a sus afiliados. De acuerdo a los datos agregados proporcionados por FONASA⁴², en materia de cotización promedio Diciembre 2006 esta

⁴¹ Según Boletín Estadístico FONASA año 2006.

⁴² De acuerdo a la Base de Datos Cotizaciones (BDC) Diciembre 2006. Subdepto. Fiscalización y Recaudación de Cotizaciones, FONASA. Cabe indicar, que los datos de la BDC son datos reales a diferencia de los datos contenidos en el Boletín Estadístico FONASA año 2006, los cuales son cifras estimadas.

alcanzó los \$15.665.- por cotizante, y la renta imponible promedio para ese mismo mes por cotizante fue de \$225.463.-. De esta forma la cotización promedio representa un 6,95% de la renta imponible. Cabe indicar, que si bien FONASA en términos generales sólo cobra la prima legal obligatoria del 7% de la renta imponible, la cual es pareja e igual para todos, esta prima tiene un tope, la cual corresponde a 4,2 UF mensuales, el cual se aplica toda vez que la renta imponible sobrepasa las 60 UF. De ahí que el % de cotización promedio del FONASA no sea exactamente un 7%.

En el Cuadro X se presenta la relación cotización en salud y renta por tramos de renta. En este se puede apreciar que para los cotizantes cuyas rentas son menores o iguales a 60 UF⁴³, la cotización o prima a pagar corresponde al 7% de la renta imponible. En tanto, para las rentas mayores a las 60 UF la cotización tiene un tope de 4,2 UF mensuales, por lo cual en promedio el porcentaje de cotización cae a 5%.

Cuadro X. Relación Cotización en Salud y Renta Imponible, por Tramo de Ingresos de Afiliados FONASA, Diciembre 2006

TRAMO DE RENTA IMPONIBLE	RENDA IMPONIBLE PROMEDIO	COTIZACION PROMEDIO	% COTIZACION
\$0 < \$100.000	73.703	5.159	7,0%
\$100.000 < \$150.000	123.343	8.634	7,0%
\$150.000 < \$200.000	173.791	12.165	7,0%
\$200.000 < \$250.000	222.698	15.589	7,0%
\$250.000 < \$300.000	272.874	19.101	7,0%
\$300.000 < \$350.000	322.809	22.597	7,0%
\$350.000 < \$400.000	373.313	26.132	7,0%
\$400.000 < \$450.000	423.260	29.628	7,0%
\$450.000 < \$500.000	473.670	33.157	7,0%
\$500.000 < \$550.000	523.249	36.627	7,0%
\$550.000 < \$600.000	573.246	40.127	7,0%
\$600.000 < \$650.000	623.614	43.653	7,0%
\$650.000 < \$700.000	673.692	47.158	7,0%
\$700.000 < \$750.000	723.788	50.665	7,0%
\$750.000 < \$800.000	773.134	54.119	7,0%
\$800.000 < \$900.000	843.352	59.035	7,0%
\$900.000 <= \$1.102.741	1.028.322	71.983	7,0%
>\$1.102.741	1.545.885	77.176	4,99%
Total	225.463	15.665	6,95%

Fuente: Fondo Nacional de Salud, Subdpto. Fiscalización y Recaudación de Cotizaciones a partir de Base de Datos Cotizaciones. Dic. 2006.

⁴³ Para diciembre de 2006 las 60 UF eran equivalentes a \$1.102.741.-

De hecho, al examinar esta misma relación cotización-renta, pero ahora, por quintil de ingreso, se puede observar en el Cuadro XI como la tendencia observada anteriormente se replica. Los primeros 4 quintiles presentan un porcentaje de cotización del 7%, en tanto que el Quintil V, al incorporar las rentas con tope de cotización, manifiestan en promedio un porcentaje de cotización en salud en torno al 6,8%.

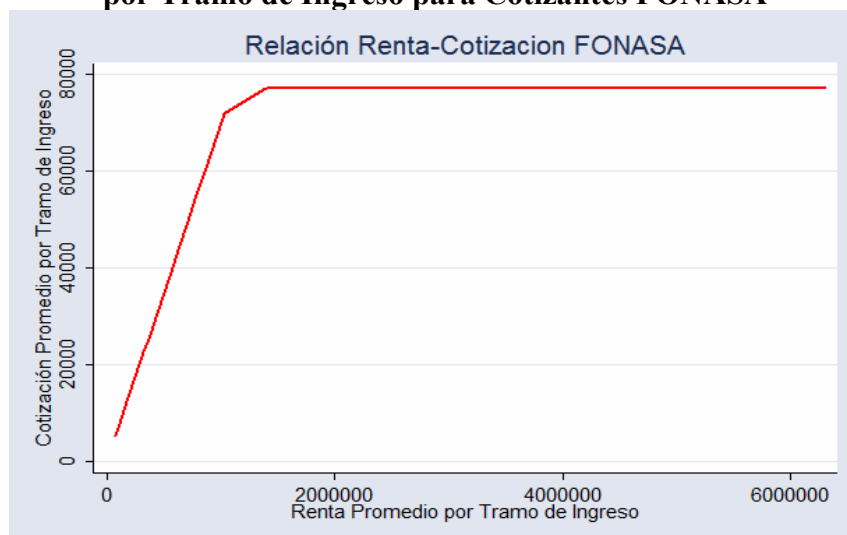
Cuadro XI. Relación Cotización en Salud y Renta Imponible, por Quintil de Ingresos de Afiliados FONASA, Diciembre 2006

	RENTA IMPONIBLE PROMEDIO	COTIZACION PROMEDIO	% COTIZACION
Quintil I	75.700	5.299	7,0%
Quintil II	126.588	8.861	7,0%
Quintil III	196.117	13.728	7,0%
Quintil IV	337.144	23.600	7,0%
Quintil V	704.728	47.980	6,8%
Total	225.463	15.665	6,9%

Fuente: Fondo Nacional de Salud, Subdpto. Fiscalización y Recaudación de Cotizaciones a partir de Base de Datos Cotizaciones. Dic. 2006.

En el Gráfico 4 se presenta la distribución de la carga financiera por concepto de cotizaciones de salud por tramo de ingreso. En éste se puede apreciar como la carga vía cotizaciones de salud para las rentas menores o igual a 60 UF es neutral con respecto a los ingresos, y para las rentas mayores a 60 UF el financiamiento se vuelve regresivo.

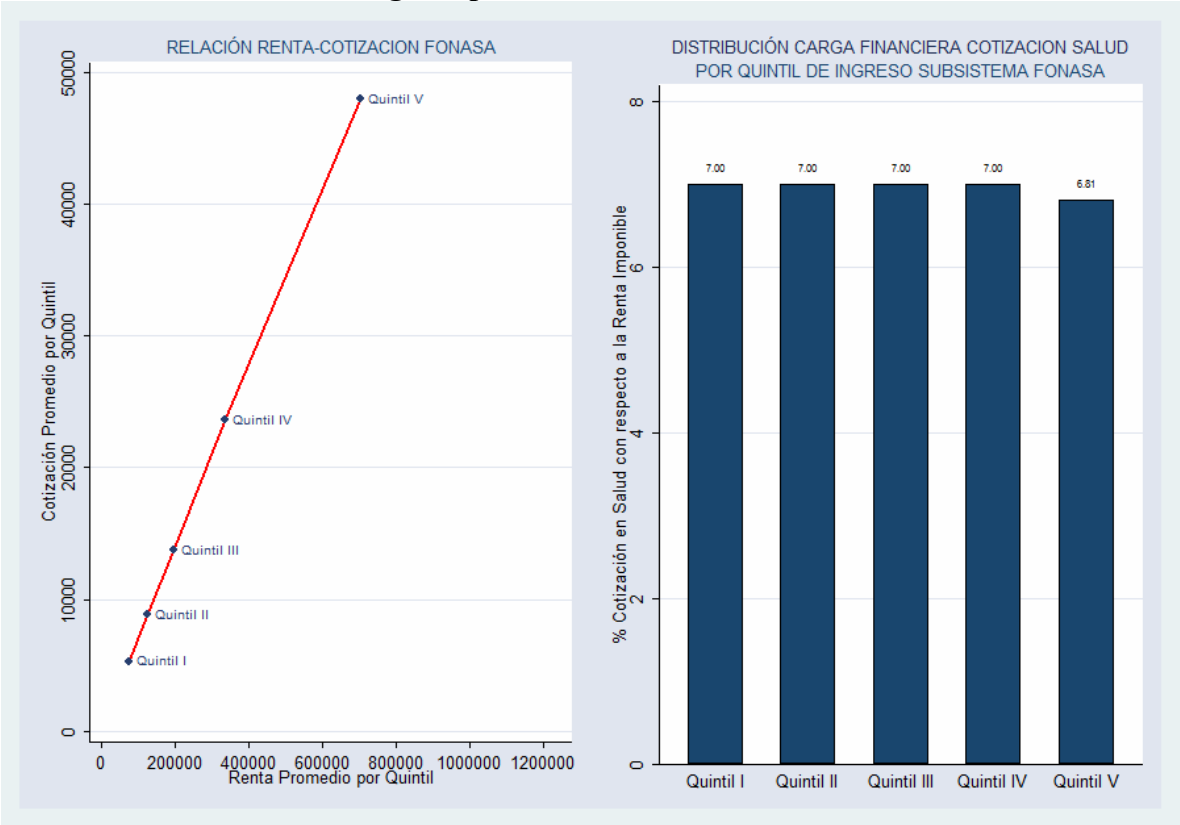
Gráfico 4. Distribución Carga Financiera de Cotización de Salud, por Tramo de Ingreso para Cotizantes FONASA



Cabe indicar que el número de cotizantes contabilizados en la Base de Cotizaciones FONASA para Diciembre 2006, es de 4.083.127.-, de los cuales un 0,34% corresponde a cotizantes cuyas rentas están por sobre las 60 UF mensuales, valor marginal en comparación con el % de cotizantes bajo ese nivel de renta.

En los Gráficos 5 y 6 se puede observar la distribución de la carga financiera por concepto de cotizaciones de salud por quintil de ingresos. Acá podemos apreciar como el impacto del grupo con rentas sobre las 60 UF es marginal, no visualizando un gran cambio en la relación renta-cotización.

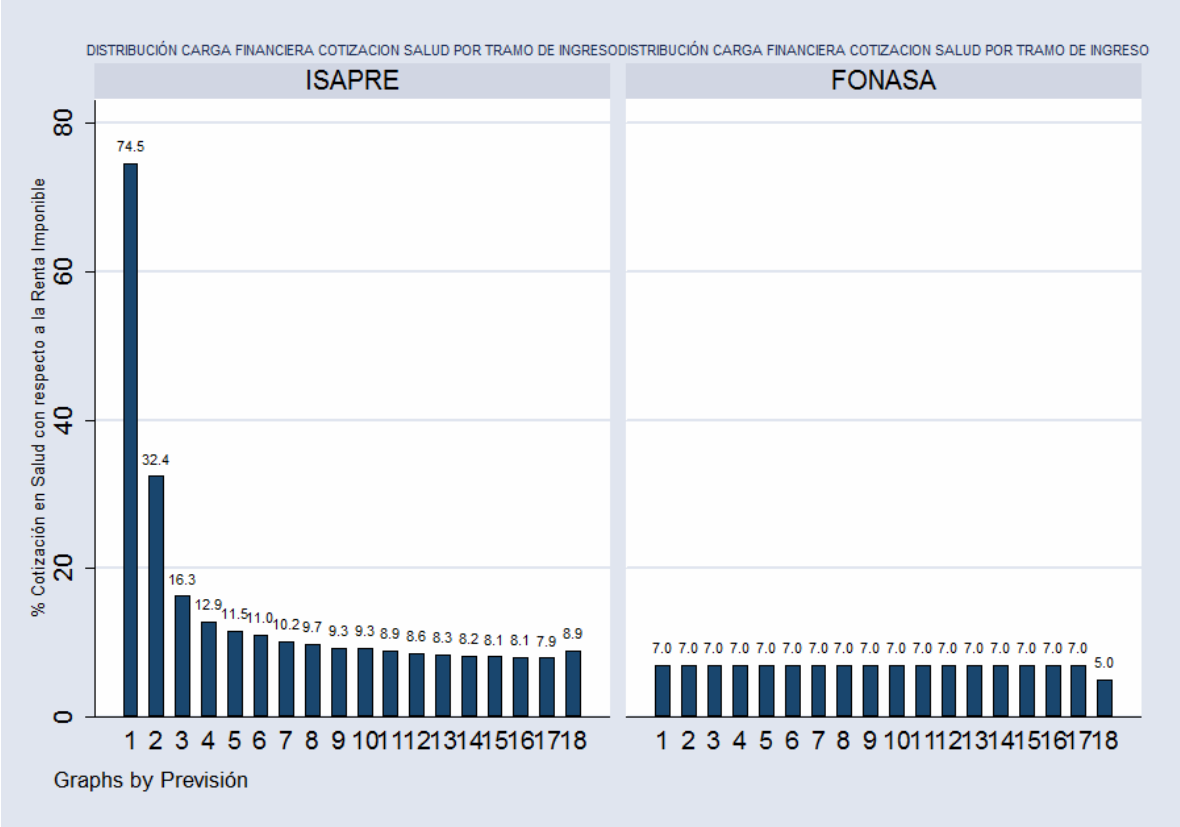
Gráfico 5 y 6. Distribución Carga Financiera de Cotización de Salud, por Quintil de Ingreso para Cotizantes FONASA



Ahora bien, si comparamos por tipo de previsión en salud (ver Cuadros VIII y X), se puede apreciar que el subsistema ISAPRES tiene una renta imponible promedio mayor que el subsistema FONASA y consecuentemente el porcentaje de lo que se destina a cotizaciones

de salud es en promedio mayor, 10,6% y 6,99% respectivamente. Asimismo, si se examina por tramo de rentas, para todos los tramos, los cotizantes de las ISAPRES aportan en promedio un mayor porcentaje de cotización que los afiliados de FONASA (ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución Carga Financiera de Cotización de Salud, por Tramo de Ingreso y tipo de Previsión en Salud



5.2.2 Progresividad del Gasto de Bolsillo en Salud

Con respecto al *Gasto de Bolsillo en Salud*, de acuerdo a los datos de la ENSGS 2005, se estima que los hogares en promedio soportan un 15% por este tipo de gasto con respecto a su capacidad de pago⁴⁴. En tanto, a nivel de quintil (ver Cuadro I), se observa como la participación del gasto de bolsillo en salud con respecto a la capacidad de pago es creciente a medida que avanzamos desde el quintil más pobre (Quintil I) al quintil más rico (Quintil V), o sea el gasto de bolsillo en salud es progresivo, ya que los hogares más pobres

⁴⁴ En este estudio se ha definido la Capacidad de Pago como la diferencia entre los Gastos Totales del Hogar y los Gastos de Subsistencia. Sin embargo, en caso de que los Gastos de Subsistencias del Hogar sean menores a los Gastos de Alimentación del Hogar, la Capacidad de Pago es igual a la brecha entre los Gastos Totales del Hogar y los Gastos de Alimentación del Hogar.

financian de su bolsillo una menor proporción del gasto de salud en comparación con los hogares más ricos.

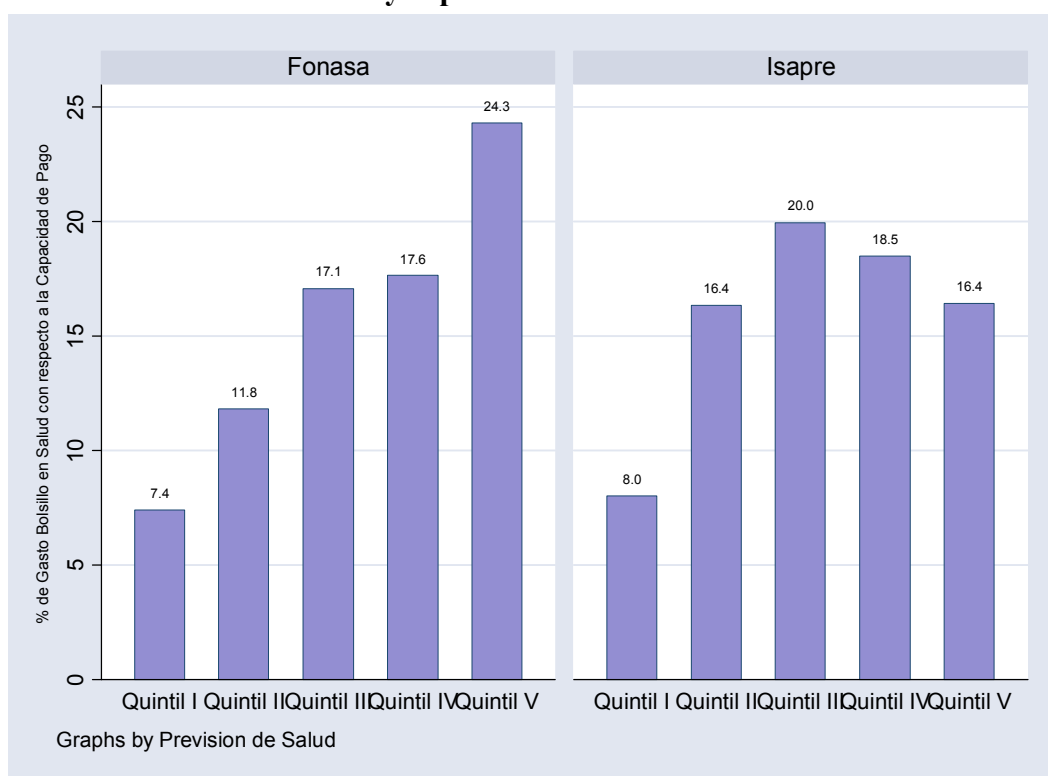
Ahora bien, a nivel previsional, se puede observar en el Cuadro II que las ISAPRES presentan para cada uno de sus quintiles una carga financiera mayor que el promedio general, con excepción del Quintil V, lo anterior puede encontrar explicación en que los hogares que componen el Quintil V contemplen mejores niveles de cobertura financiera (menores copagos) de su Plan de Salud comparado con los primeros cuatro quintiles. Asimismo, se puede observar que los hogares más ricos (quintiles IV y V) no son quienes presentan la mayor carga financiera por concepto de gasto de bolsillo en salud, si no que son los hogares que componen el quintil III, alcanzando estos últimos un 20% de carga frente a 18,5% y 16,4% para los quintiles IV y V respectivamente. Así, se puede indicar que para el caso de los hogares ISAPRES la carga financiera por concepto de gasto de bolsillo de salud es regresivo.

En tanto, en el mismo Cuadro (II) se puede apreciar lo que ocurre para el caso de los hogares FONASA, en donde a nivel de quintiles la contribución financiera del gasto de bolsillo en salud es creciente, es decir los hogares más pobres soportan un gasto de bolsillo en salud en una menor proporción que los hogares más ricos. De esta forma se puede afirmar que la carga financiera del gasto de bolsillo en salud de los hogares FONASA es progresiva.

Ahora bien, en el Gráfico 8, en donde se contrasta entre quintiles y previsión, se visualiza que para todos los quintiles los hogares ISAPRES tienen una mayor carga financiera de gasto de bolsillo de salud en relación a los hogares FONASA, a excepción del Quintil V, en donde esta tendencia se revierte, ya que los hogares FONASA del quintil V presentan una carga financiera del 24,3% en tanto que los hogares ISAPRES de este mismo quintil tienen una carga del 16,4%, lo anterior podría estar explicado porque los niveles de cobertura de los planes de salud entre ISAPRES y FONASA son disímiles, ya que para el caso de FONASA y en específico a los servicios de salud que se otorgan en la MAI, a medida que se tienen mayores recursos el nivel de copago es mayor, por otro lado, este grupo de

hogares son los que más usan la MLE⁴⁵ en donde los copagos si bien son iguales para todos estos son muy elevados⁴⁶ Además, existe una serie de elementos tales como medicamentos e insumos no cubiertos por el Plan del Seguro Público de Salud, que los beneficiarios de éste deben financiar en un 100% de su propio bolsillo. En tanto para el caso de los hogares ISAPRES, las coberturas (financiera y prestaciones) dependen del plan de salud que se contrate, así, a medida que se tienen mayores recursos, mejores planes en cuanto a coberturas se pueden suscribir, y por ende presentar gastos de bolsillo en salud menores.

Gráfico 8. Distribución Carga Financiera de Gasto de Bolsillo en Salud, por Quintil de Gasto y Tipo de Previsión en Salud



⁴⁵ En efecto en la MLE los beneficiarios tramo D tienen un gasto per cápita de \$90.857.- y n° per cápita de 9.026.- prestaciones. En tanto, los beneficiarios B y C tienen un gasto per cápita de \$82.167.- y \$ 71.303.- respectivamente y un n° per cápita de 9.250.- y 9.413.- prestaciones correspondientemente. Estadísticas MLE año 2006, Data Warehouse, FONASA.

⁴⁶ Como se explicó en los antecedentes, en la MAI los copagos están asociados a la renta de las personas, a mayor renta mayor copagos, y estos varían en términos generales entre 0% y 20%. En tanto, si se accede a la MLE los copagos son iguales para todos y en promedio éstos son del orden del 50%. Mayor detalle ver acápite Sistema de Salud Chileno de este documento.

5.3 Distribución de las Necesidades de Salud y Utilización de los Servicios de Salud

El examinar la *Distribución de la necesidad y la utilización de servicios de salud* tiene por objeto responder a la interrogante que nos surge debido a que la tendencia progresiva del gasto de bolsillo en salud podría estar influenciada por el hecho de que las personas (hogares) con menos recursos podrían estar viendo imposibilitado su acceso a la utilización de los servicios de salud, a pesar de tener la necesidad, por diversos motivos, entre estos por no contar con dinero. Entonces, la pregunta que nos surge es ¿Existen personas que postergan sus atenciones de salud ya sea porque no cuentan con recursos para hacerlo o porque la oferta de servicios en salud es insuficiente?

Para tratar de responder la pregunta, el punto de partida propuesto es examinar cómo se distribuye la necesidad de salud, entendiendo con ello a si la persona ha tendido algún problema de salud, y asimismo, observar si frente a esta necesidad declarada, la persona consultó, es decir solicitó atención de salud, por este problema de salud. Los resultados obtenidos a esto, a nivel de quintil y por sistema previsional, se pueden apreciar en el siguiente Cuadro:

Cuadro XII. Distribución Necesidad de Salud y Utilización de los Servicios de Salud, Sistema de Salud Chileno, Módulo Salud CASEN 2006

QUINTILES	% POBLACION CON NECESIDAD DE SALUD			% POBLACION QUE SI CONSULTO DADO SU NECESIDAD DE SALUD		
	FONASA	ISAPRES	TOTAL	FONASA	ISAPRES	TOTAL
Quintil I	16,3%	14,8%	16,3%	83,0%	85,3%	83,0%
Quintil II	16,0%	12,0%	15,8%	83,8%	90,0%	84,0%
Quintil III	16,8%	15,3%	16,7%	84,9%	89,0%	85,2%
Quintil IV	16,8%	16,5%	16,7%	84,8%	86,9%	85,2%
Quintil V	17,0%	14,2%	15,5%	83,3%	89,5%	86,1%
TOTAL	16,4%	14,7%	16,2%	83,9%	88,6%	84,6%

Se observa que las personas manifiestan en promedio tener alguna necesidad en salud, en torno al 16,2%, cuyo valor está claramente influido por la declaración de necesidad que hacen las personas pertenecientes al Seguro Público de Salud en donde el reporte de necesidad alcanza el valor de 16,4% frente a los 14,7% de las personas beneficiarias de ISAPRES. Se examina además que por quintil, las personas afiliadas a FONASA, a medida

que nos movemos desde los quintiles más pobres hacia los más ricos, la declaración de necesidad de salud aumenta, alcanzando un 17%. En tanto, para el caso de las ISAPRES, esta tendencia no es clara, siendo las personas pertenecientes al quintil IV quienes mayormente manifiestan tener algún problema de salud, con un 16,5%.

Ahora bien, respecto a si consultó o no por su problema de salud, en promedio el 84,6% si lo hizo, y por lo demás, son las personas pertenecientes a las ISAPRES quienes en promedio consultan más si las contrastamos con las personas de FONASA, un 88,6% y un 83,9% en promedio para las personas de las ISAPRES y FONASA respectivamente. A nivel de quintil, la tendencia es progresiva en cuanto a si consulta dado su necesidad en salud, es decir los a medida que se avanza desde los quintiles más pobres a los más ricos, éstos últimos consultan en promedio más que los más pobres. Al observar estos resultados pero incorporando la variable previsional, en FONASA se observa que en promedio las capas medias son las que más acceden a la atención de salud, en tanto en las ISAPRES, son más bien los quintiles más ricos. De esta forma, podemos apreciar que las personas de FONASA en promedio consultan menos que las personas de las ISAPRES aun cuando tienen la necesidad de hacerlo. Entonces, bien cabe la pregunta del por qué no consultan, es decir cuáles son los motivos.

Cuadro XIII. Distribución Motivos de No Utilización de Servicios de Salud, Sistema de Salud Chileno, Módulo Salud CASEN 2006

MOTIVOS PORQUE NO CONSULTO	QUINTILES					TOTAL
	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	
No lo consideró necesario así que no hizo nada	37,32%	40,45%	39,42%	44,60%	49,41%	41,40%
No lo consideró necesario así utilizó remedios caseros	26,49%	26,19%	24,83%	21,06%	18,13%	23,98%
Pensó en consultar pero no tuvo dinero	12,46%	12,18%	6,96%	12,08%	5,33%	10,28%
Pensó en consultar pero no tuvo tiempo	5,47%	6,53%	11,91%	8,31%	7,50%	7,75%
Pensó en consultar pero le cuesta mucho llegar al lugar	5,42%	2,08%	2,04%	1,66%	1,09%	2,74%
Pidió hora pero no la obtuvo	4,05%	4,16%	3,89%	3,05%	2,68%	3,68%
Consiguió hora pero todavía no le toca	3,60%	2,41%	2,42%	1,88%	4,28%	2,89%
Consiguió hora pero no la utilizó	0,10%	1,04%	1%	0,45%	1,98%	0,81%
Sin dato	5,09%	4,97%	7,53%	6,90%	9,59%	6,48%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

En el cuadro XIII se puede apreciar las razones por las cuales las personas no utilizan los servicios de salud a pesar de tener la necesidad. Mayormente, las personas declaran que “*No consideraron necesario hacerlo*”, en un 65,4%, y esto es común incluso a nivel de quintil, siendo el quintil V quién mayormente manifiestan esto. Con respecto a razones de dinero, se aprecia que en promedio un 10,28% no consultó por tal motivo, siendo mayormente declarada esta razón en los quintiles más pobres, sobrepasando el 12%. Con respecto a problemas de accesibilidad a la oferta, tenemos que un 3,86% no pudo acceder (no consiguió hora), siendo los quintiles más pobres (I y II) quienes mayormente mencionan este motivo. En tanto, otro 2,89% consiguió hora pero está esperando su turno (o sea está en lista de espera), en cuanto a la dificultad de acceso al lugar de atención, un 2,74% argumenta este motivo, siendo en los quintiles más pobres quienes tienen mayormente esta dificultad, 5,4% frente a un 1,9% del quintil V.

Ahora bien, a nivel previsional, se puede apreciar en los Cuadros XIV y XV, que con respecto a no consultar por falta de dinero, este motivo es en promedio mayor para las personas beneficiarias de FONASA, en relación a las personas afiliadas a las ISAPRES, un 10,44% y un 8,75% respectivamente. Tanto para el caso de FONASA como para las ISAPRES, la falta de dinero como razón de no consultar, es mayormente incidente en los quintiles más pobres. Asimismo, claramente se aprecia que los problemas de acceso a la atención por oferta insuficiente se producen en el subsistema FONASA, en donde las personas definitivamente no consiguen ser atendidos (4,08%) y otras esperan a ser atendidas (3,03%).

**Cuadro XIV. Distribución Motivos de No Utilización de Servicios de Salud,
Subsistema FONASA, Módulo Salud CASEN 2006**

MOTIVOS PORQUE NO CONSULTO	QUINTILES					TOTAL
	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	
No lo consideró necesario así que no hizo nada	37,70%	40,33%	39,64%	41,26%	47,94%	40,35%
No lo consideró necesario así utilizó remedios caseros	26,24%	26,07%	23,87%	22,31%	18,61%	24,31%
Pensó en consultar pero no tuvo dinero	11,99%	12,13%	6,63%	12,62%	6,05%	10,44%
Pensó en consultar pero no tuvo tiempo	5,46%	6,67%	12,67%	9,63%	8,75%	8,24%
Pensó en consultar pero le cuesta mucho llegar al lugar	5,52%	2,13%	2,07%	0,98%	0,86%	2,77%
Pidió hora pero no la obtuvo	4,13%	4,25%	4,13%	3,68%	4,10%	4,08%
Consiguió hora pero todavía no le toca	3,66%	2,46%	2,58%	1,86%	5,49%	3,03%
Consiguió hora pero no la utilizó	0,11%	1,06%	0,80%	0,54%	3,02%	0,85%
Sin dato	5,19%	4,91%	7,61%	7,11%	5,16%	5,92%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**Cuadro XV. Distribución Motivos de No Utilización de Servicios de Salud,
Subsistema ISAPRES, Módulo Salud CASEN 2006**

MOTIVOS PORQUE NO CONSULTO	QUINTILES					TOTAL
	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	
No lo consideró necesario así que no hizo nada	17,23%	45,81%	36,08%	60,81%	52,19%	50,89%
No lo consideró necesario así utilizó remedios caseros	39,52%	32,13%	39,74%	14,98%	17,22%	21,02%
Pensó en consultar pero no tuvo dinero	37,26%	14,37%	12,12%	9,47%	3,97%	8,75%
Pensó en consultar pero no tuvo tiempo	5,99%	0,00%	0,00%	1,90%	5,15%	3,34%
Pensó en consultar pero le cuesta mucho llegar al lugar	0,00%	0,00%	1,59%	4,95%	1,50%	2,42%
Pidió hora pero no la obtuvo	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Consiguió hora pero todavía no le toca	0,00%	0,00%	0,00%	1,98%	1,98%	1,55%
Consiguió hora pero no la utilizó	0,00%	0,00%	4,14%	0,00%	0,00%	0,49%
Sin dato	0,00%	7,69%	6,34%	5,91%	17,98%	11,53%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

6. Análisis y Discusión

Este estudio analiza la justicia financiera del sistema chileno bajo la perspectiva de responder las siguientes interrogantes: (1) ¿Cuáles son los efectos de los gastos de bolsillo en salud en los hogares chilenos?; (2) ¿Es regresiva o progresiva la contribución financiera

que hacen los hogares, por concepto de cotizaciones de salud y gastos de bolsillo?; y finalmente, (3) ¿Existen hogares chilenos que postergan sus atenciones de salud, ya sea porque no cuentan con los recursos para acceder a éstas o porque la oferta es insuficiente?

De acuerdo a los resultados expuestos en el acápite anterior, para responder cuáles son los *efectos* de los gastos de bolsillo en salud en los hogares chilenos, se puede partir indicando que estos gastos de bolsillo, en términos generales, afectan la situación financiera de los hogares, en orden a que los gastos de bolsillo de salud inciden de manera importante dentro de los gastos totales del hogares y a su vez muestran una tendencia progresiva, entendiéndose con ello de que los quintiles más ricos son quienes más gastan en salud respecto a los quintiles más pobres, encontrando la razón en ello, en el hecho de que los hogares más ricos tienen una mayor capacidad de pago para gastar más que en comparación con los hogares más pobres. No obstante, esta progresividad se revierte al poner el foco en el sistema previsional, al examinar los hogares pertenecientes al sistema ISAPRES, se observa que no son los quintiles más ricos quienes gastan más en salud en forma directa, si no que son los hogares pertenecientes a los quintiles medios, lo cual puede ser explicado, por las menores coberturas, que presentan estos hogares, en sus planes de salud contratados. Asimismo, interesante es identificar que los hogares FONASA pertenecientes al quintil más rico, gastan más de su bolsillo en salud que en comparación a los hogares más pobres de FONASA e incluso a los hogares ISAPRES del quintil V, lo anterior, puede ser explicado como producto de que en el Seguro Público de Salud, la protección financiera es en relación a los ingresos de las personas en la Modalidad de Atención Institucional, y si bien en la Modalidad Libre Elección, los copagos son independientes a los ingresos, éstos son considerablemente altos, en torno al 50% del valor arancel, y dado que son los beneficiarios con mayores recursos quienes más usan (acceden) esta Modalidad de Atención, explicaría que este quintil presente altos niveles de gasto de bolsillo en comparación al resto de los hogares pertenecientes a FONASA. Nótese que en este análisis hemos dejado *ceteris paribus* otras variables tales como el estado de salud de las personas.

Antes de continuar, bien cabe señalar que como hemos visto en la metodología utilizada en este estudio los gastos de bolsillo en salud catastróficos son aquellos gastos que sobrepasan

cierto umbral -40%- de la capacidad de pago del hogar, en tanto que, un hogar se empobrece cuando estando en una situación de no pobreza, en donde el gasto total del hogar es mayor al gasto de subsistencia, pasa a ser pobre debido a que, producto de la realización de un gasto de bolsillo en salud, no es capaz de solventar en su totalidad el gasto de subsistencia. Así, podemos afirmar que no todo gasto catastrófico es empobrecedor, sin embargo, todo gasto empobrecedor es a su vez un gasto catastrófico. Reiteramos a su vez, que el gasto catastrófico acá estudiado no es sólo el de los grandes montos si no también aquel que si bien en términos absolutos se trata de pequeñas sumas de dinero representa para algunos hogares un porcentaje importante dentro de su capacidad de pago (al menos el 40%).

Dicho lo anterior, al examinar el *empobrecimiento* de los hogares por concepto de los gastos de bolsillo en salud, los cuales a su vez son catastróficos, tenemos que los hogares más pobres son los más vulnerables a caer en esta situación, siendo marcadamente más incidente en los hogares pertenecientes a FONASA, lo cual es comprensible a sabiendas de que en este sistema previsional se encuentran los hogares más pobres y/o más vulnerables de caer en la pobreza producto de shock externos como lo son los problemas de salud. En relación al empobrecimiento que afecta a los hogares pertenecientes a las ISAPRES (quintil II), puede encontrar justificación en que los planes de salud a los cuales pueden acceder y contratar estos hogares son de limitada cobertura, lo cual los hace hogares muy vulnerables a caer en la pobreza frente a una enfermedad.

En relación a los *gastos catastróficos* por motivos de salud, éstos afectan a un porcentaje considerable de hogares chilenos con aseguramiento en salud (10,5%), siendo los hogares FONASA del quintil más rico⁴⁷ quienes mayormente se ven afectados por este tipo de gastos, en tanto en las ISAPRES son los hogares pertenecientes al quintil II, quienes principalmente enfrentan esta situación. Lo anterior, contemplando constantes otras variables, puede ser explicado porque los hogares FONASA del quintil más rico, tienen una

⁴⁷ Cabe indicar que cuando hacemos referencia al quintil más rico no referimos al quintil V. No obstante, es necesario señalar que “más rico” no implica hogares millonarios, si no todo lo contrario. Este quintil contempla el 20% de los hogares más ricos de la población comparada con el 80% restante, pero claramente en este grupo están comprendidos hogares considerados “clase media”. Así, en el anexo III puede observarse que el gasto medio per cápita del hogar en el quintil V es de \$445.812.-

menor protección financiera que el resto de los hogares pertenecientes a esa previsión, y además, de estos hogares son quienes más usan MLE, ya sea porque la MAI no responde a sus necesidades de salud (lista de espera o no consigue ser atendido) por lo cual acuden a la MLE para satisfacer sus necesidades de atención, lo que puede acarrear que los gastos de salud se transformen en catastróficos frente a un problema de salud inesperado y complejo. En tanto, la explicación para el caso de las ISAPRES, estaría nuevamente radicado en los bajos niveles de protección financiera de los planes de salud que contratan los hogares de los quintiles más pobres.

Así, no todos los gastos catastróficos llevaron al empobrecimiento de los hogares. En efecto, un importante número de hogares, sobretodo los pertenecientes a las ISAPRES, enfrentaron este tipo de gastos y lograron no caer en la pobreza. Se visualiza la explicación de ello a que los hogares FONASA son más pobres y/o vulnerables a caer en la pobreza si se les compara con los hogares de las ISAPRES.

Además, hemos observado que no todos los gastos catastróficos corresponden a grandes sumas de dinero, sino que al contrario, se debe a pequeños montos que impactan el presupuesto de los hogares, llevándolos a algunos a caer en la pobreza. Si examinamos explicaciones plausibles, podemos plantear la situación de aquellos hogares que enfrentan enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, etc.) o eventos agudos recurrentes (problemas respiratorios de niños) de uno o más de sus integrantes, por lo general con tratamientos farmacológicos, cuyo gasto impacta las finanzas del hogar.

Según *el nivel de carga financiera*, los hogares mayoritariamente presentan niveles de carga menores al 10% de su capacidad de pago. Revelador es que al examinar por previsión, el % de hogares ISAPRES es mayor al % de hogares FONASA para niveles de carga financiera mayores a 10%, luego los hogares ISAPRES enfrentan mayores niveles de carga que los hogares FONASA respecto a su capacidad de pago. Lo cual es concordante con la lógica de que los hogares ISAPRES destinan una mayor proporción de su capacidad de pago al gasto de bolsillo en salud.

Visto como afectan los gastos de bolsillo a la situación financiera de los hogares chilenos, cabe ver *en qué tipo de servicios se paga en forma directa*. Acá hemos encontrado que son los “medicamentos” el ítem más importante de gasto de bolsillo de los hogares chilenos, y bastante atrás lo sigue el ítem “consulta médica”. Lo anterior, es común tanto a nivel de quintiles como a nivel de previsión en salud. Es importante señalar la regresividad que implica el gasto en medicamento, en donde los hogares más pobres, tanto en FONASA como en las ISAPRES, son quienes destinan una mayor proporción de su gasto de bolsillo en salud al gasto medicamento, respecto a los hogares más ricos. Lo anterior, evidencia la falta de cobertura en medicamentos en los planes de salud que ofrecen tanto el Seguro Público como los Seguros Privados. Con respecto a la consulta médica, se da la lógica de coberturas que ofrecen los seguros. Por el lado de FONASA, claramente son los quintiles más ricos quienes más gastan en este ítem, ya que por un lado acceden más a este tipo de atención, al menos en lo que respecta la MLE, y por otro dado la progresividad del copago en la MAI, no obstante, no podemos dejar de mencionar que es probable que los hogares más pobres pueden estar gastando menos de su bolsillo por falta de acceso a la atención en salud, ya sea porque no cuentan con el dinero o bien la oferta de prestadores públicos es insuficiente. En tanto, las ISAPRES, claramente los hogares más ricos contemplan mayores coberturas en los planes contratados respecto a los hogares más pobres.

Con respecto a la medición de los tres indicadores relevantes, que nos permiten dimensionar los efectos de los gastos de bolsillo en salud en el ingreso y la carga financiera de los hogares, producto de la contribución financiera en salud, tenemos que el IJF dista de ser equitativo. En tanto, en relación a los hogares que se vieron empobrecidos por gastos de salud, si bien la proporción es moderada, este indicador es relevante de monitorear en el tiempo ya que permite observar la vulnerabilidad que enfrentan los hogares chilenos frente a los shocks de salud. Y más aun, si se considera de que no todo hogar que enfrenta el empobrecimiento es debido a grandes montos de gasto en salud. En cuanto, a los hogares que enfrentan gastos catastróficos, significativo es la porción de éstos, pero más revelador es que de éstos casi un 90% no empobreció.

En tanto para la segunda interrogante y en virtud de los resultados expuestos podemos examinar que *la distribución de la contribución financiera por medio de cotizaciones de salud del sistema de salud chileno* es explicada como:

Por el lado del Seguro Público de Salud, se puede aseverar que la carga vía cotizaciones de salud es *equitativa*, debido a que la contribución corresponde a un porcentaje igual para todos sus afiliados, independiente de sus características sociodemográficas, económicas y sanitarias, y de que los cotizantes cuyas rentas imponibles están por sobre las 60 UF mensuales no representan un porcentaje importante dentro del universo de cotizantes, y por lo tanto su incidencia dentro del financiamiento no es relevante. No obstante, en el caso de que FONASA comenzase a acoger un número importante de cotizantes cuyas rentas estuvieran por sobre las 60 UF mensuales, y por lo tanto su incidencia dentro del financiamiento fuera significativo y considerable, habría que considerar que los pagos por concepto de cotizaciones en FONASA podrían volverse regresivo.

Y con respecto a las ISAPRES, la contribución financiera de sus afiliados por concepto de cotizaciones en salud, es *regresivo*, ya que en general, los cotizantes con rentas más bajas destinan un porcentaje mayor de su renta en relación al porcentaje que destinan quienes tienen rentas más altas. Lo anterior, es natural, en un ámbito en donde la cotización depende del riesgo de enfermar.

En cuanto a *la distribución de la carga financiera del gasto de bolsillo en salud del sistema de salud chileno*, en una primera aproximación puede ser visto como un sistema cuyo gasto de bolsillo es *progresivo*, ya que serían los hogares más ricos quienes gastan una mayor proporción que los hogares más pobres. Sin embargo, si observamos lo anterior a nivel previsional, tenemos que por un lado los hogares pertenecientes a FONASA soportan un gasto de bolsillo en salud progresivo, ya que los hogares más pobres destinan una menor proporción de sus recursos que los hogares más ricos. Esto es explicado mayormente por el esquema de protección financiera del Seguro Público de Salud, que en términos generales se traduce que a mayor renta mayor es el nivel de copagos a financiar del propio bolsillo. No obstante, existe otro elemento a considerar, es la falta de cobertura en cuanto a ciertos

servicios o prestaciones de salud, en donde es la persona quien debe financiar, y bueno quienes están en mejores condiciones para hacerlo son quienes tienen mayores recursos, así, esto puede incidir en que la carga del gasto de bolsillo en salud sea progresivo. Con esto último, hay que tener cuidado al respecto, ya que esto podría ser indicador de que los hogares más pobres se están viendo limitados a acceder a ciertos servicios de salud debido a la falta de recursos necesarios para hacerlo. Ahora bien, por el lado de las ISAPRES, la carga financiera del gasto de bolsillo en salud es *regresiva*, ya que los hogares más pobres son quienes destinan una mayor proporción de sus recursos al gasto de bolsillo en salud en relación a los hogares más ricos. Lo anterior, se puede explicar porque los hogares más pobres tienden a contratar planes de salud con menores coberturas que los hogares más ricos.

Con relación a *la distribución de la necesidad y utilización de los servicios de salud en el sistema de salud chileno* se puede afirmar que la población beneficiaria de FONASA presenta mayor necesidad de salud (declaración de necesidad) que los afiliados a las ISAPRES, lo cual parece ser lógico en el entendido de que el Seguro Público de Salud comprende a población de mayores riesgos en cuanto a salud (niños, mujeres, ancianos) respecto a las ISAPRES. Sin embargo, en cuanto a la utilización de los servicios, los beneficiarios FONASA acceden en promedio menos que los afiliados a las ISAPRES.

Así, y respondiendo a la interrogante acerca de si existen personas que no consultan debido a la falta de dinero, pues la respuesta es clara y afirmativa, y evidentemente más incidente en el caso de las personas de los quintiles más pobres y de FONASA.

Con respecto a las barreras de entrada a la utilización de los servicios de salud debido a la insuficiencia de la oferta, claramente ésta está presente para los beneficiarios de FONASA, y la razón estriba a los problemas de oferta de los prestadores de salud asociados a la MAI, lo cual implica consecuencias: un menor gasto de bolsillo para los quintiles más pobres, al no acceder a la atención, y un mayor gasto de bolsillo para los quintiles más ricos, si es que éstos buscan satisfacer sus necesidades de salud, a través de la otra alternativa de atención que provee FONASA como es la MLE.

Es relevante tener conocimiento acerca de como la falta de dinero y la insuficiencia de la oferta de prestadores de salud impide el acceso de las personas a la atención en salud, y más aun si se trata de las más pobres, pero también lo es del punto de vista de la progresividad del gasto del bolsillo de salud, ya que si bien la progresividad es lo deseable, el gasto de bolsillo en salud es una fuente de financiamiento que no permite la mancomunación de riesgos entre las personas sanas y las enfermas, lo cual desde cualquier punto de vista es ineficiente y nada deseable. Definitivamente, se observa que en lo respecta a FONASA coexiste equidad en el financiamiento pero con inequidad en el acceso.

7. Conclusiones

Uno de los mayores retos de los sistemas de salud es la justicia financiera. Un financiamiento equitativo ideal se hace cargo de los pagos anticipados regresivos y de los gastos catastróficos en salud, los cuáles pueden llegar a ser empobrecedores.

Frente a un sistema de salud altamente segmentado como lo es el chileno, y en virtud de los resultados obtenidos y el análisis realizado en esta investigación, no es posible estilizar los hallazgos que nos permitan concluir acerca de la justicia financiera del sistema de salud chileno como un todo, debido esencialmente a que las conclusiones son muy distintas al observar en forma separada los dos subsistemas de aseguramiento en salud que conviven en él. De esta forma, éstas se presentan para cada uno de los subsistemas de salud.

Subsistema FONASA

1. Las dos fuentes de financiamiento analizadas en este trabajo, presenta una tendencia progresiva, de esta forma la conclusión es que un sistema solidario en su financiamiento logra en mayor medida el objetivo de lograr un sistema de salud más justo en su financiamiento.

2. Los hogares FONASA presentan problemas de acceso a los servicios de salud, y en mayor medida, éstos afectan a los hogares más pobres, debido a la falta de dinero y a la insuficiente oferta de la red de prestadores públicos de salud con que cuenta este Seguro en su Modalidad Institucional.
3. Lo anterior, conlleva a que los hogares pobres no estén gastando porque no cuentan con los recursos para hacerlo y por ende postergan su atención de salud, lo cual claramente incide en la cuantía y tendencia del gasto de bolsillo en salud. Asimismo, claramente estamos frente a un subsistema en que coexiste progresividad en el gasto de bolsillo con inequidad en el acceso a los servicios de salud, lo cual no es deseable desde ningún punto de vista.
4. Los gastos empobrecedores afectan principalmente a FONASA, y esencialmente a los hogares más pobres, lo cual patenta que este Fondo de Salud acoge a las personas más enfermas y/o más pobres o más vulnerable de caer en la pobreza.
5. Los gastos catastróficos en salud tienen mayor incidencia en los hogares más ricos, y esto podría explicarse debido a que estos hogares contemplan menores niveles de cobertura financiera del Plan de Salud que ofrece el Seguro Público. Sin embargo, que sean los hogares más ricos los afectados por este tipo de gasto contribuye a que la tasa de incidencia de tener un gasto catastrófico y a su vez empobrecedor sea moderada.
6. Los gastos catastróficos no asociados a grandes sumas de dinero, pero que en muchas ocasiones llevan a los hogares a caer en la pobreza, factiblemente se relacionan a gastos de salud derivados para tratar enfermedades crónicas o eventos agudos recurrentes de algún integrante del hogar.
7. Como era esperable, lejos el componente más relevante dentro de los gastos de bolsillo en salud es el gasto en medicamentos. La importancia de este ítem es transversal a todos los hogares, pero afecta en mayor medida a los hogares más pobres. De ahí que podamos afirmar que se trata de un gasto cuya tendencia es regresiva. En efecto, la falta

de cobertura dentro del plan de salud de FONASA, especialmente los medicamentos de uso ambulatorio, explicaría que este componente sea el más incidente dentro del gasto de los hogares.

Subsistema ISAPRES

1. Las dos fuentes financieras presentan una tendencia regresiva, por lo cual la conclusión más obvia es que estamos ante la presencia de un sistema individual inequitativo en su financiamiento. Acá, las personas que cuentan con recursos pueden contratar el mejor plan de salud, en tanto los más pobres adquieren planes más precarios, los cuales son caros en relación a, su ingreso y a si optaran por FONASA, y como tal obtienen menores niveles de coberturas, lo que a larga los lleva a gastar más de su bolsillo dado lo que les cubre su plan de salud.
2. Con respecto al acceso, su desempeño es mejor al presentado por el Seguro Público, y el obstáculo principal es la falta de dinero y no a la insuficiencia de oferta de prestadores. Nuevamente son los hogares más pobres quienes en mayor medida se ven afectados, y su explicación estaría en los menores niveles de cobertura financiera que presentan los planes de salud contratados.
3. El empobrecimiento afecta principalmente a los hogares más pobres, y su justificación radicaría en que éstos al contar con planes de salud más limitados en términos de cobertura los hace ser hogares más vulnerables de caer en la pobreza frente a una enfermedad.
4. El gasto catastrófico en salud tiene mayor incidencia en los hogares más pobres, y su explicación nuevamente se establece en que éstos presentan bajos niveles de protección financiera en relación al resto de los quintiles especialmente los más ricos.

5. Sin embargo, no todos los gastos catastróficos llevaron al empobrecimiento de los hogares. En efecto, casi en su totalidad, los hogares que enfrentaron este tipo de gasto, lograron no caer en la pobreza.
6. También se visualiza que los gastos catastróficos no estarían asociados a grandes sumas de dinero, y que la respuesta más plausible, es que se trate de gastos de salud asociados a enfermedades crónicas o episodios agudos recurrentes.
7. Al igual que FONASA, los medicamentos son el principal ítem del gasto de bolsillo en salud. La falta de cobertura explicaría esta relevancia dentro del conjunto del gasto de bolsillo en salud.

8. Consideraciones Finales y Recomendaciones de Política Pública

Por lo general, los estudios sobre justicia financiera de los sistemas de salud arrojan resultados a nivel macro. No obstante, en Chile dado la coexistencia de dos subsistemas de salud, altamente segmentados, un análisis de este tipo no permite observar y reflexionar acerca de lo que realmente acontece en cada uno de esos segmentos, los cuales, como es de conocimiento, contemplan reglas de financiamiento muy disímiles. De ahí la relevancia de analizar por separado la contribución financiera de los hogares a sus respectivos subsistemas de salud.

Un sistema de salud es equitativo si la atención de salud se distribuye de acuerdo a las necesidades y se financia según la capacidad de pago. La equidad financiera en salud es una de las formas de analizar el desempeño de los sistemas de salud en términos de equidad en la atención, por lo cual las conclusiones derivadas de este estudio se limitan a un ámbito específico del actuar de los dos subsistemas de salud que coexisten en Chile. Por lo cual no hemos concluido acerca de la equidad en la atención de salud en Chile.

De esta forma, la reflexión en este punto nos lleva a afirmar que para evaluar la progresividad de un sistema de salud es necesario integrar en el análisis la equidad del financiamiento del sistema con la equidad en la provisión de los servicios. Esto debido a que, para el caso particular chileno, los hogares más pobres, los cuales mayoritariamente están en FONASA, si bien presentan gratuidad en la atención de salud, deben enfrentar el no acceso a ciertos servicios de salud, ya sea por problema en la oferta o por falta de cobertura de parte de sus seguros de salud. Así, los problemas de las personas no acaban cuando se encuentran en un sistema de salud cuyo financiamiento es progresivo sino que sus problemas comienzan cuando éstas no tienen acceso real a servicios de salud de calidad.

Por lo demás, la metodología usada en este estudio no permite discutir respecto de la ocurrencia de subsidios cruzados en cada uno de los subsistemas de salud, ya que tal como hemos expuesto este estudio se limita a la equidad en el financiamiento y no aborda la equidad en provisión de los servicios de salud, por lo cual no podemos visualizar si existe un subsidio cruzado por parte de los hogares más ricos de la atención utilizada por los hogares más pobres.

Asimismo, el análisis de las dos fuentes de financiamiento, es del tipo transversal, es decir para un momento en el tiempo, por lo cual se aconseja profundizar, en futuros estudios, el análisis del gasto y las cotizaciones a través del tiempo, ya que, en especial el gasto de bolsillo no refleja la carga permanente y los gastos catastrófico no sólo dependen de la cuantía, sino también del tiempo en que se sobrellevan éstos.

No obstante, los resultados obtenidos a través de este estudio permiten establecer una línea de base para evaluar el impacto, de la reforma de salud implementada a mediados del 2005, en el gasto de bolsillo en salud.

Por último, las políticas públicas en esta materia debieran desarrollar estrategias tendientes mejorar el acceso a los medicamentos y promover el uso de medicamentos genéricos. Avanzar en términos de protección financiera, en particular de los hogares más pobres,

mejorando la cobertura de las enfermedades crónicas, en especial de sus tratamientos farmacológicos. Mejorar el acceso a los servicios de salud, avanzando por un lado en la protección financiera, es decir, hacer mínimos los pagos de bolsillo en salud, con el objeto que la falta de dinero no sea motivo para que las personas no utilicen los servicios de salud en forma oportuna cuando lo necesiten, y por otro lado mejorar la oferta de los servicios de salud, a través del fortalecimiento de la red pública de salud introduciendo estrategias de complementariedad con prestadores privados allí donde sea más eficiente.

Y en un ámbito, de más largo aliento y de mayor discusión entre los distintos actores del sector, analizar la integración del financiamiento de los subsistemas con el objeto de lograr mayores niveles de solidaridad.

9. Referencias

1. Almeida et al., 2001. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000.
2. Boletín Estadístico de FONASA, año 2006.
3. Boletín Estadístico de la Superintendencia de Salud, año 2006.
4. Braveman P. and Gruskin S., Defining Equity in Health. *J. Epidemiol. Community Health* 2003.
5. Braveman P., Monitoring Equity in Health: A policy-oriented approach in low-and middle-income countries. OMS, 1998.
6. CEPAL., La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad. 2006.
7. Cid et al, Equidad en el Financiamiento de la Salud y Protección Financiera en Chile: Una Descripción General. Cuadernos Médicos Sociales Vol 46 N°1, año 2006.
8. Cutler D., The Cost and Financing of Health Care. *The Economics of Health and Health Care*, Vol 85 N°2, 1995.
9. Estadísticas Componente Emisión MLE año 2006, Data Warehouse, FONASA.
10. Estadísticas Institucionales FONASA 2006.
11. Estrategias propuestas para evaluar el desempeño de los sistemas de salud, (documento resumen). OMS 2001.
12. Informe Mundial de Salud 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. OMS 2000.
13. Informe Resultados Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud. Minsal 2006.
14. Knaul F. et al., Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Pública de México*, Vol.47, suplemento 1. 2005.
15. Knaul F. et al., Protección Financiera en Salud: México, 1992 a 2004. *Salud Pública de México*, Vol.47, n° 6. 2005.
16. Knaul F. et al., El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. *Caleidoscopio de la Salud*, México.

17. Larrañaga O., Eficiencia y Equidad en el Sistema de Salud Chileno. CEPAL. 1997.
18. O'Donnell O. et al, Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. World Bank. Washington 2008.
19. Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010. Minsal 2002.
20. Peticara M., Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. División de Desarrollo Social, CEPAL. 2008.
21. Sesma S. et al., Gastos Catastróficos por motivos en salud en México: Magnitud, Distribución y Determinantes. Pública de México, Vol.47, suplemento 1. 2005.
22. Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera". 2006.
23. Urriola R., Cuentas de Salud de Chile (Estimaciones Preliminares). Documento de Trabajo, FONASA 2004.
24. Varios Autores. Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism. Edited by Christopher J.L. Murray and David B. Evans. OMS 2003.
25. Whitehead M., The concepts and principles of equity and health. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.
26. Xu K., Metodología "Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos". OMS Ginebra, 2005.
27. Xu K., D.Evans y A.M. Aguilar Rivera. WHO Technical Briefs for Policy-Makers, N° 2, Ginebra 2005.
28. Xu K. et al., Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. Artículo de The Lancet, Vol 362. 2003.
29. Wagstaff A, van Doorslaer E. Paying for health care: quantifying fairness, catastrophe, and impoverishment, with applications to Vietnam 1993–1998. Documento de Trabajo del Banco Mundial, N° 2715. Washington, DC, Banco Mundial, 2001.

10. Anexos

Anexo I

Diseño muestral y aspectos metodológicos de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud 2005

El diseño muestral fue realizado por el Departamento de Metodología Estadística del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en función de los requerimientos planteados por el Ministerio de Salud, a partir del compromiso de aplicar en Chile la Encuesta Mundial de Salud de la OMS (INE, 2004), lo que implicó ciertas adecuaciones posteriores para dar cuenta de las características definitivas del Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS).

Se trata de una muestra probabilística, estratificada geográficamente y por tamaño poblacional en el área urbana, seleccionable en cinco etapas para la aplicación del Módulo E sobre Satisfacción Usuaría y en cuatro etapas para los Módulos F y G sobre Gasto en Salud.

Como base muestral se tomó el marco de áreas del Programa Integrado de Encuestas de Hogares (PIEH) del INE. Dado que a la fecha en que se solicitó la muestra, el INE aún no disponía del nuevo marco muestral con base en el Censo 2002, se trabajó con base en el Censo de Población y Vivienda 1992, con su correspondiente actualización permanente de secciones.

Las unidades de muestreo para los efectos de la aplicación de los Módulos F y G son las regiones, las áreas, los conglomerados geográficos o secciones y las viviendas particulares ocupadas. Para cada dirección específica se identificó la vivienda principal y dentro de ella el hogar principal. Los Módulos fueron aplicados, según de indicó, a todos los adultos (18 años y más) y en representación de los menores de edad a sus tutores.

La población en estudio son los hogares que habitan las viviendas particulares ocupadas, en base a la información individual proporcionada por las personas que los componen. La cobertura geográfica y el nivel de estimación del Estudio son Nacional-Urbano.

La estratificación fue definida con respecto a la población que pertenece a cada región, definiéndose cuatro estratos:

Estrato 1: Región Metropolitana

Estrato 2: Regiones I, II y XII

Estrato 3: Regiones III, V, VI, X y XI

Estrato 4: Regiones IV, VII, VIII y IX

La selección de las unidades muestrales se realizó con los siguientes criterios:

Unidades de Primera Etapa: las regiones con probabilidad proporcional al tamaño

Unidades de Segunda Etapa: las áreas con probabilidad proporcional al tamaño

Unidades de Tercera Etapa: las secciones con probabilidad proporcional al tamaño

Unidades de Cuarta Etapa: las viviendas con probabilidad igual

La siguiente expresión sintetiza el método de selección de la muestra de tamaño n :

$$n = \frac{k^2 * S^2}{e^2} * Deff = 5.000$$

Donde,

k : corresponde al percentil de la Normal asociado a un intervalo de confianza bilateral del 95% (1.96).

S^2 : varianza de la variable de interés

e : error absoluto requerido para la precisión deseada

$Deff$: factor de ajuste llamado Efecto del Diseño

En consecuencia las diferentes Etapas se componen de la siguiente forma:

Unidades de Primera Etapa: 4 regiones

Unidades de Segunda Etapa: 39 áreas

Unidades de Tercera Etapa: 500 secciones

Unidades de Cuarta Etapa: 5.000 viviendas

Para alcanzar el tamaño óptimo se propuso un adicional de 500 viviendas (10%) para cubrir los efectos de la no respuesta (actualización del marco, rechazos, etc.). En consecuencia, son consideradas 5.500 viviendas y, por tanto, 5.500 hogares.

La siguiente tabla establece una relación entre la población, la muestra seleccionada y los registros obtenidos para los Módulos F y G sobre Gasto en Salud, una vez aplicada la encuesta.

Tabla 1: Población, Muestra y Registros

Población Base Censo 1992 actualizado a 2002			Muestra					Registros Obtenidos	
Estrato	Total personas Estrato	Viviendas Censo '92	Región	Áreas	Secciones	Número de Viviendas Esperadas	Número de Viviendas con Reemplazo	N° Hogares con Información Completa	% Obtenido sobre Esperado
1	5.888.431	1.219.138	13	18	227	2.270	2.500	2.024	89,2%
2	977.675	160.952	2	4	38	380	420	327	86,1%
3	2.980.729	593.894	5	9	115	1.150	1.260	1.061	92,3%
4	3.140.611	600.886	8	8	120	1.200	1.320	1.146	95,5%
Nacional Urbano	12.987.446	2.574.870	4	39	500	5.000	5.500	4.558	91,2%

Fuente: Elaborado en base a INE (2004) y base de datos ENSGS.

Como se puede observar, pese a los reemplazos previstos, el número de viviendas en las que se logró obtener información completa para los Módulos F y G de la encuesta alcanzó 4.558 viviendas/hogares, lo que representa un 91,2% del total esperado. Si se toma en cuenta que para ser considerado “hogar completo” era necesario recolectar todos los cuadernillos F y G del hogar, la tasa de respuesta es considerada satisfactoria a pesar de aumentar el error no muestral. En futuros estudios con estas características, se debe considerar un mayor número de reemplazos para alcanzar los niveles óptimos de respuesta en función del diseño muestral determinado. El error de muestreo relativo para un P=70%, alcanzó 2,5.

En cuanto a los factores de expansión, que representan la cantidad de personas (u hogares) de la población que son representadas por una persona (u hogar) de la muestra, fue necesario solicitar al INE la especificación de uno distinto al determinado originalmente

que representaba a la población adulta (18 años y más)⁴⁸, considerando al total de la población nacional urbana que compone los hogares en estudio para efectos de Gasto en Salud. Este nuevo factor de expansión considera solo las cuatro Etapas en la selección de las unidades muestrales y no las cinco que se requerían para el Módulo E sobre Satisfacción Usuaría.

Tabla 2: Proyección Poblacional a Noviembre 2005, base CENSO 2002

Estratos	Población Total
Nacional Urbano	14.185.580
ESTRATO 1	6.357.657
ESTRATO 2	1.116.067
ESTRATO 3	3.260.152
ESTRATO 4	3.451.704

Fuente: INE (2004).

Una vez realizada la encuesta se procedió a calcular los factores de expansión a aplicar introduciendo dos ajustes a la especificación original a nivel de Estratos.

El primero, corresponde al ajuste entre el número esperado de viviendas/hogares (5.000) y el número realmente observado bajo el criterio de “hogar completo” para los Módulos F y G sobre Gasto en Salud (4.558). El segundo, corresponde al ajuste poblacional al momento en que la encuesta fue aplicada.

Finalmente, para preparar la base de datos que ha sido utilizada se debió enfrentar el problema que representa la presencia de valores perdidos. Este es un problema típico de las fuentes de información construidas en base a encuestas, ya que aún en aquellos casos en que se cumple el criterio de “hogar completo”, los registros individuales pueden presentar valores perdidos en una o más de las variables a utilizar en el análisis.

Una solución bastante generalizada es descartar del análisis los hogares que presentan registros individuales con valores perdidos. Este procedimiento de eliminación fue utilizado

⁴⁸ Este factor de expansión fue utilizado para ponderar los resultados del Módulo E sobre Satisfacción Usuaría.

en los casos de hogares con información incompleta⁴⁹, lo que redujo la muestra de 5.000 hogares esperados a 4.558 hogares completos observados.

No obstante, en esta etapa se optó por no seguir dicho procedimiento que habría implicado reducir aún más la muestra útil, aumentando nuevamente el error y distorsionando además el efecto de los factores de expansión calculados⁵⁰.

Salvia y Donza (1999) realizan una amplia revisión de las Encuestas de Presupuestos de Hogares (EPH) de Argentina entre 1990 y 1998, analizando los problemas de medición y los sesgos de estimación asociados a presencia de valores perdidos por no respuestas o respuestas parciales. Este problema sería para los autores más serio que la subdeclaración y su adecuada resolución aportaría evidencia para conocer dicha conducta. Si bien el objeto de análisis son las respuestas sobre ingresos de los hogares, resulta relevante considerar que el estudio reporta que un 9,2% de la población se ve afectada por la no declaración.

Frente a dicha problemática existen varias soluciones cuya complejidad y eficacia difieren significativamente. Una línea de solución es imputar o reemplazar los valores perdidos de una variable determinada por alguna medida de tendencia central, lo que resulta adecuado en series temporales. Pese a ser utilizada frecuentemente esta metodología, se corre el riesgo de introducir nuevos sesgos no deseados.

La literatura reciente, en cambio, recomienda métodos que pese a ser más complejos, son más eficaces. En esta segunda línea de soluciones se encuentra el método de imputación mediante regresión lineal múltiple empleado en la preparación de la base de datos que fue utilizada (SPSS, 1997).

Dicho método consiste básicamente en analizar si existe algún patrón característico que permita tipificar los valores perdidos, para luego seleccionar las variables que serán

⁴⁹ Se trata de hogares en los que no todos sus miembros contestaron los Módulos F y G.

⁵⁰ Al eliminar nuevos hogares, la expansión de la muestra no representa a la población ni a la población por Estratos lo que introduce sesgos de tipo diverso.

utilizadas como predictoras en un modelo de regresión que estima los valores esperados bajo un conjunto de condiciones dadas. El resultado es una base de datos en la que son reemplazados los valores perdidos por valores estimados, lo que permite utilizar en cualquier análisis todos los registros de los que se disponía sin perder representatividad.

Luego de este procedimiento la base de datos quedó preparada para el trabajo de análisis.

Anexo II

Definición de variables de acuerdo a metodología propuesta por Xu (2005)

1. Gasto de bolsillo en salud (gb)

Los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro.

2. Gasto de consumo de los hogares (gh)

El gasto de consumo de los hogares se refiere a las compras en dinero y en especie de todos los bienes y servicios del hogar y al valor monetario del consumo de los productos elaborados por la familia.

3. Gasto en alimentación (ga)

El gasto total en alimentos (ga_h) es la cantidad gastada por el hogar en todos los productos alimenticios que se consumen en el hogar, más el valor de los alimentos elaborados por la propia familia. Este gasto debe calcularse excluyendo el tabaco, las bebidas alcohólicas y las comidas fuera del hogar (por ejemplo, en hoteles y restaurantes)

4. Línea de pobreza (lp) gasto de subsistencia del hogar (se)

El gasto de subsistencia es el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico. Una línea de pobreza es utilizada en el análisis del gasto de subsistencia.

Existen muchas formas de definir la pobreza. Ninguna de ellas es perfecta considerando la validez de la teoría y la viabilidad en la práctica. Para estimar el nivel de subsistencia se utiliza una línea de pobreza basada en la proporción del gasto en alimentos. La línea de pobreza se define como el gasto promedio per capita en alimentos de aquellos hogares cuya proporción de gasto en alimentos del gasto total se encuentra entre el 45 y el 55 percentil de toda la muestra de la encuesta. Considerando las economías a escala del consumo del hogar, se utiliza una escala de equivalencia en lugar del tamaño del hogar. La escala de equivalencia ($eqsiz_h$) se calcula:

$$eqsiz_h = hsize_h^\beta$$

Donde $hsize_h$ es el tamaño del hogar. El valor del parámetro β ha sido estimado con datos nacionales de 59 países y es equivalente a 0.56. La línea de pobreza es entonces ajustada utilizando la escala equivalente para obtener el gasto de subsistencia para cada hogar.

Así, el gasto de subsistencia se puede calcular de la siguiente manera:

- i. Calcular la proporción del gasto en alimentos del gasto total del hogar ($gagh_h$) dividiendo el gasto en alimentos de cada hogar entre su gasto total.

$$gagh_h = ga_h / gh_h$$

- ii. Calcular un factor de ajuste con la escala de equivalencia para cada hogar

$$eqsiz_h = hsize_h^{0.56}$$

- iii. Dividir el gasto en alimentos de cada hogar por el factor de ajuste para obtener el gasto en comida equivalente ($eqgah$)

$$eqga_h = ga_h / eqsiz_h$$

- iv. Identificar el rango de hogares cuyo gasto en alimentos como proporción del gasto total se encuentre entre los percentiles 45 y 55 de la muestra llamando a las variables ga_{45} y ga_{55} para indicar la parte del gasto total dedicada a los alimentos en los percentiles 45 y 55 respectivamente. Si la encuesta tiene ponderador, debe ser considerado en el cálculo de los percentiles.
- v. Calcular el gasto per capita de subsistencia equivalente (lp). lp es igual al promedio del gasto en comida equivalente ($eqgah$) dentro del rango definido en el punto 4. Este gasto será utilizado como línea de pobreza en el análisis subsiguiente.

$$lp = \frac{\sum W_h * eqga_h}{\sum W_h}$$

Donde, $ga_{45} < gah_h < ga_{55}$

- vi. Finalmente, calcular el gasto de subsistencia para cada hogar (seh)

$$seh = lp * eqsiz_h$$

Un hogar es calificado pobre ($pobre_h$) cuando el gasto total del hogar es menor que su gasto de subsistencia.

$$\begin{aligned} \text{pobre}_h &= 1 && \text{si } gh_h < seh \\ \text{pobre}_h &= 0 && \text{si } gh_h \geq seh \end{aligned}$$

5. La capacidad de pago de los hogares (cap)

La capacidad de pago del hogar se define como los ingresos totales del hogar menos su gasto de subsistencia, o dicho de otra forma como, los ingresos efectivos del hogar que están por encima del nivel de subsistencia. Las necesidades de subsistencia se refieren a los gastos de alimentación de cada hogar, donde se incluye el autoconsumo de alimentos y se excluyen los bienes de lujo. De esta forma, algunos hogares pueden reportar gasto en alimentos menor a su gasto de subsistencia ($ga_h < seh$). Lo que significa que el gasto en alimentos del hogar es menor que el estándar estimado de pobreza de ese país. En este caso en particular se utiliza el gasto no alimentario.

$$\begin{aligned} \text{cap}_h &= \text{gh}_h - \text{se}_h && \text{Si } \text{se}_h \leq \text{ga}_h \\ \text{cap}_h &= \text{gh}_h - \text{ga}_h && \text{Si } \text{se}_h > \text{ga}_h \end{aligned}$$

6. Gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago. (gbcap)

Un indicador de la carga financiera debida a gastos en salud es el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago.

$$\text{gbcap}_h = \text{gb}_h / \text{cap}_h$$

7. Quintiles de Gasto (quintil)

Los quintiles de gasto se construyen ordenando el gasto de consumo per capita equivalente (eqgh_h).

Anexo III

Cuantilización de Referencia

1. Encuesta Nacional Sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS 2005)

Consideraciones:

- La unidad de análisis son los hogares.
- El ranking es en base al gasto per cápita del hogar, por lo cual considera el tamaño del hogar
- Luego, los hogares se agrupan en quintiles de gasto per cápita

HOGARES, GASTO PERCAPITA POR HOGAR, AMBOS SUBSITEMAS

QUINTILES DE GASTO	N° DE HOGARES	TRAMO DE GASTO PERCAPITA	GASTO PERCAPITA MEDIO DEL HOGAR
Quintil I	654.680	0 A 67.491	48.506
Quintil II	699.937	67.491 A 105.775	86.706
Quintil III	667.064	105.775 A 154.805	128.851
Quintil IV	641.697	154.805 A 251.269	193.250
Quintil V	684.236	251.269 Y MÁS	445.812
TOTAL	3.347.614		

HOGARES, GASTO PERCAPITA POR HOGAR, POR SISTEMA PREVISIONAL

QUINTILES DE GASTO	TRAMO DE GASTO PERCAPITA	N° DE HOGARES MUESTRAL		N° DE HOGARES POBLACIONAL		GASTO PERCAPITA MEDIO DEL HOGAR	
		FONASA	ISAPRES	FONASA	ISAPRES	FONASA	ISAPRES
Quintil I	0 A 67.491	647	7	650.005	4.675	48.448	56.683
Quintil II	67.491 A 105.775	779	25	677.630	22.307	86.754	85.257
Quintil III	105.775 A 154.805	717	43	635.572	31.492	128.703	131.841
Quintil IV	154.805 A 251.269	657	150	535.683	106.014	191.318	203.014
Quintil V	251.269 Y MÁS	446	410	336.466	347.770	402.728	487.495
TOTAL		3.246	635	2.835.356	512.258		

2. Base de Datos Cotizaciones FONASA y Archivo Maestro de Beneficiarios ISAPRES, Diciembre 2006.

Cabe indicar, que para la construcción de los quintiles de ingreso, se utilizó la renta declarada por lo cotizantes. Asimismo, ambas bases de datos fueron consolidadas con el objeto ranquear los cotizantes por ingreso y construir los quintiles.

ESTADISTICAS DE COTIZANTES SISTEMA DE SALUD CHILENO, DIC 2006.

PREVISIÓN	N° COTIZANTES	RENTA PROMEDIO	COTIZACION PROMEDIO	% DE COTIZACION
ISAPRE	1.286.165	583.592	61.627	10,6%
FONASA	4.083.127	225.463	15.665	6,9%

COTIZANTES SISTEMA DE SALUD CHILENO, POR PREVISIÓN, DIC. 2006

QUINTILES	N° DE COTIZANTES	
	FONASA	ISAPRES
Quintil I	854.545	219.315
Quintil II	1.054.796	19.062
Quintil III	996.462	83.988
Quintil IV	823.579	243.690
Quintil V	353.745	720.110
TOTAL	4.083.127	1.286.165

Anexo IV

Intervalo Confianza al 95% de Indicadores de Efectos del Gasto de Bolsillo en Salud

1. Índice de Justicia de Contribución Financiera en Salud (IJCF)

Bootstrap statistics		Number of obs	=	3881			
		Replications	=	1500			

Variable		Reps	Observed	Bias	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	

_bs_1		1500	.7707245	.0002552	.0051156	.7606899 .7807591	(N)
						.7610986 .7805518	(P)
						.7607158 .7801893	(BC)

Note:		N	=	normal			
		P	=	percentile			
		BC	=	bias-corrected			

2. Índice porcentaje de hogares con Gastos de Salud Catastróficos

Bootstrap statistics		Number of obs	=	3881			
		Replications	=	1500			

Variable		Reps	Observed	Bias	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	

_bs_1		1500	10.4698	.0312189	.6824894	9.13106 11.80853	(N)
						9.195597 11.90424	(P)
						9.154153 11.81384	(BC)

Note:		N	=	normal			
		P	=	percentile			
		BC	=	bias-corrected			

3. Índice porcentaje de hogares empobrecidos producto del Gasto de Bolsillo en Salud

Bootstrap statistics		Number of obs	=	3881			
		Replications	=	1500			

Variable		Reps	Observed	Bias	Std. Err.	[95% Conf. Interval]	

_bs_1		1500	1.148561	.0072169	.1969377	.7622582 1.534864	(N)
						.7895767 1.545072	(P)
						.7671886 1.531506	(BC)

Note:		N	=	normal			
		P	=	percentile			
		BC	=	bias-corrected			

