

Financiamiento del sistema de salud chileno

Marcos Vergara-Iturriaga, M en Admon en Salud,⁽¹⁾ María Soledad Martínez-Gutiérrez, M SP.⁽¹⁾

Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS.
Financiamiento del sistema de salud chileno.
Salud Publica Mex 2006;48:512-521.

Resumen

Objetivo. Explorar el financiamiento del sistema de salud chileno sobre la base de los datos más recientes disponibles. **Material y métodos.** Se utiliza el marco teórico de los sistemas de salud del informe de salud del mundo del año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para analizar el financiamiento del sistema de salud chileno, con especial énfasis en los esquemas de aseguramiento existentes. **Resultados.** En el sistema de salud chileno hay una gran proporción de personas cubiertas por los seguros de salud existentes (alrededor de 88%); sin embargo, se presenta una tendencia importante hacia la segmentación de la población, sea por riesgo o por ingreso. Se observan esfuerzos, en especial por parte del Fondo Nacional de Salud (FONASA), orientados a realizar una compra estratégica de servicios de salud. **Conclusiones.** Existe aún mucho espacio para mejorar el financiamiento del sistema de salud chileno, sobre todo en cuanto a *pooling* y compra estratégica.

Palabras clave: financiamiento de la salud; sistema de salud; Chile

Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS.
The Chilean health system financing.
Salud Publica Mex 2006;48:512-521.

Abstract

Objective. To explore the Chilean health system financing based on the most recent available data. **Material and Methods.** Using the WHO World Health Report 2000 framework, this paper analyzes the Chilean health system financing, with special emphasis on insurance schemes. **Results.** The analysis shows that a great proportion of people is covered by the existing health insurance schemes (about 88%). However, there is a tendency towards segmentation of the population in terms of risk and income. Additionally, efforts have been made, especially by FONASA (National Health Fund), to perform a strategic purchasing of health-care. **Conclusions.** There still is a need for improving the Chilean health system financing in terms of pooling and strategic purchasing.

Key words: financing health; health system; Chile

Los sistemas de salud y la función de financiamiento

El informe de salud del mundo del año 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define sistema de salud como "todas las acciones cuyo propósito primario sea promover, restaurar o mantener la salud".¹

Junto con esta definición, establece los siguientes tres objetivos para los sistemas de salud:

- Mejorar la salud de la población
- Responder a las expectativas de la gente
- Proveer protección financiera para los costos de una mala salud

(1) Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile

Fecha de recibido: 8 de julio de 2005 • **Fecha de aprobado:** 13 de julio de 2006
Solicitud de sobretiros: Mtra. María Soledad Martínez Gutiérrez. Escuela de Salud Pública,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Av. Independencia 1027. Santiago, Chile.
Correo electrónico: msmartin@med.uchile.cl

Además, el informe describe las funciones de los sistemas de salud, dentro de las cuales se pueden incluir todas las actividades del sistema. Estas funciones son:

- Rectoría
- Creación de recursos
- Financiamiento
- Prestación de servicios

La función de financiamiento es la materia a tratar en este artículo, la que se entiende, según la definición de la OMS, como el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. El propósito de esta función es, además de lograr la disponibilidad de recursos financieros, establecer incentivos financieros correctos a los prestadores para asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud pública y a cuidados individuales efectivos.

Dentro de la función de financiamiento existen, en consecuencia, tres subfunciones.

La *recaudación* de recursos es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de los hogares, organizaciones o compañías, así como de donantes. Existen entonces muchas fuentes de financiamiento, como son los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud, las cotizaciones privadas voluntarias para aseguramiento de salud, el gasto de bolsillo y las donaciones.

El *pooling*, o mancomunación, se refiere a la acumulación y administración de los fondos de recursos antes colectados con el fin de asegurar que el riesgo de tener que pagar por el cuidado de la salud recaerá en todos los miembros del *pool* y no en cada contribuyente de manera individual.

El proceso de *compra* consiste en el pago de dinero proveniente del fondo común a los prestadores de salud para que entreguen un conjunto (no necesariamente específico) de servicios de salud. Esta función puede realizarse de forma pasiva o estratégica. La utilización de incentivos corresponde a la compra estratégica de servicios por parte del *pool*.

El siguiente artículo explora estas facetas del financiamiento del sistema de salud chileno sobre la base de los datos disponibles más recientes.

El sistema de salud chileno*

El sistema de salud chileno es mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados. Correspon-

de a lo que se define como un sistema de aseguramiento mixto regulado.² El sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes (los 28 servicios de salud), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud.³ Los Servicios de Salud corresponden a entes territoriales descentralizados del Ministerio de Salud que tienen una distribución diferente a la estructura político-administrativa del país cuya función consiste en articular, gestionar y desarrollar la red asistencial (ambulatoria y hospitalaria) correspondiente.⁴ El sector privado está compuesto por aseguradoras llamadas ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) y una gran cantidad de prestadores individuales e institucionales. Las fuentes de financiamiento predominantes del sistema son los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7% del salario tanto para ISAPRE como para FONASA) y el gasto de bolsillo.³

Existen dos grandes tipos de seguros; el FONASA corresponde al seguro público, que recibe un aporte fiscal considerable, además de las cotizaciones de salud obligatorias de los trabajadores que lo eligen como seguro de salud. Para acceder a las atenciones de salud que FONASA ofrece a sus beneficiarios, existen dos modalidades de atención, la modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE). La primera corresponde a las atenciones que proporcionan los establecimientos públicos de salud; los beneficiarios pagan por la atención recibida según el grupo de ingreso en el que se encuentran. Cabe hacer notar que sólo los beneficiarios más pobres no copagan por la atención recibida. La MLE opera cuando los beneficiarios de FONASA se atienden con prestadores privados (y públicos en los llamados "pensionados" de los hospitales) previo copago. Sólo acceden a esta modalidad de atención los beneficiarios de mayores ingresos.

Las ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), por su parte, corresponden a seguros privados que administran las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que las eligen, es decir, en la concepción tradicional de la seguridad social, administran fondos públicos. En la actualidad existen 16 ISAPRE en operación.⁵ Los seguros privados que administran aportes voluntarios y las donaciones tienen una reducida presencia en el contexto del financiamiento del sistema. Un caso especial lo constituyen los municipios, quienes aportan en relación directa con sus ingresos, en proporción variable, a los centros de salud primaria que los mismos administran. Además, estos centros reciben un pago per cápita del FONASA según la

* Cabe destacar que en este artículo no se analiza la administración del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedad Profesionales.

población inscrita. La atención en el nivel primario es predominantemente gratuita para los beneficiarios de FONASA. Los beneficiarios de ISAPRE pueden atenderse en estos centros pero deben pagar la totalidad de la atención recibida.

En la actualidad, la provisión de servicios de salud del sistema de salud chileno está estructurada sobre un arreglo básico que data de los años cincuenta y que implica una gran red de servicios de propiedad y gestión estatal a la cual se agrega, a partir de la década de los ochenta, el desarrollo del sector de seguros previsionales privados y el consecuente desarrollo de servicios privados de provisión directa para los segmentos de ingresos altos y medios.

Los seguros privados como mecanismos de extensión de la protección social en salud en Chile

La experiencia chilena que ha influido en la tendencia de otros países de Latinoamérica en materia de seguros privados –en particular individuales y de corto plazo–, se puede describir como la institucionalización o incorporación de estos seguros como tales dentro de la seguridad social, a partir de la idea primaria de desmonopolizar a los tradicionales institutos de seguridad social, a diferencia del uso de los mismos como complemento de cobertura para quienes pueden pagar.

La más típica caracterización de la forma de seguros privados que preocupan en esta elaboración podrían ser los seguros privados individuales (que incluyen los seguros colectivos asociados a empresa pero con base individual), de corto plazo y orientados a eventos frecuentes, que se financian de manera total o parcial con los aportes obligatorios para salud que realizan las personas, las empresas y/o el Estado.

Lo anterior no implica por fuerza, al menos en el caso chileno, la idea de aseguradores privados administradores de un seguro público, como podría ser una cobertura universal garantizada por el Estado o un plan básico en un modelo que no acepte exclusiones o discriminaciones ni asigne tarifas por riesgos y financiado con una prima comunitaria (en la que el monto de la prima es igual para todas las personas).

En Chile, durante el régimen militar, el sentido de los cambios en el sector de la salud, precoces en el contexto regional, estuvo determinado por una visión de la sociedad centrada en el individuo y en la iniciativa privada, en un contexto de fuertes transformaciones sociales con esa orientación, así como en la reducción del tamaño del Estado. En el eje de desmonopolización de la seguridad social fueron creadas, en 1981, las

ISAPRE. Esta transformación se tradujo en la aparición de un subsistema privado de beneficiarios de la seguridad social y un crecimiento significativo de los mismos en la década de los noventa sobre la base de ciertas condiciones especiales que se establecieron y apuntaron a garantizar el éxito del sistema.

Como ya se ha dicho, el sistema asegurador previsional privado es un sistema de seguros individuales que las personas pueden financiar mediante sus cotizaciones obligatorias y que establece la tarifa de la prima a pagar en función de los riesgos. Por su parte, el sistema previsional público de salud consiste en un colectivo que se financia con cotizaciones en función de los ingresos más subsidios estatales. Al decir de Claudio Sapelli,⁶ economista de la Universidad Católica de Chile:

Estamos frente a dos subsistemas que operan con sistemas de precios distintos: uno fija la tarifa de la prima por riesgos y otro en función de los ingresos. La consecuencia de ello es que en el primero estarán los más ricos y menos siniestrosos y en el segundo se concentrarán los más pobres y los mayores riesgos.

Cobertura de la seguridad social en salud

Si se aceptara la tesis de que es posible operar bien con estos dos subsistemas, en donde uno garantiza un mínimo para el conjunto de la población –en una suerte de “subsidiariedad” estatal en su expresión más amplia– y si se valora como un hecho positivo que existan elevadas proporciones de población prepagando mientras otra parte de la población paga exclusiva y directamente de su bolsillo, los niveles de cobertura que se alcanzan en el caso chileno son muy buenos, como se muestra en el cuadro I. En éste se expone la forma en que evolucionó la distribución de beneficiarios en el Sistema Previsional de Salud en Chile entre los años 1985 –a comienzos de la operación del subsistema privado– y 2003. Como es posible apreciar, la proporción de población cubierta por el sistema previsional universal es alta durante todo el periodo, al tiempo que se observa una migración importante desde el sistema público al sistema privado. A partir de 1998, el crecimiento del sistema privado se detiene e inicia una declinación que lo lleva a cifras cercanas al 19% de la población en 2003.

Por otro lado, en el mismo cuadro I puede observarse que la incorporación de los seguros privados al sistema de seguridad social en Chile no significó un incremento de la población asegurada en el sistema previsional convencional, la que permaneció en torno a 87% durante todo el periodo de análisis.

Financiamiento del sistema de salud chileno

A continuación se analiza el financiamiento del sistema de salud chileno de acuerdo con la lógica de las subfunciones del financiamiento que define la OMS.

Recaudación

Dentro de las fuentes de financiamiento, las donaciones de países y organismos internacionales no juegan un papel relevante en el contexto chileno, por lo cual se excluyen del presente análisis.

En primera instancia, se analiza la evolución de las fuentes de financiamiento del subsector público (aportes fiscales, cotizaciones y copagos) y del subsector privado (cotizaciones privadas obligatorias y voluntarias) en Chile. Dado que sólo se dispone del gasto de bolsillo para el periodo 2000-2003, éste se analiza en forma separada.

Como se aprecia en el cuadro II, los gastos públicos y privados aumentaron desde el año 1984 hasta la fecha; sin embargo, en el caso del gasto público, se observa un estancamiento en el periodo de inicio de operación de las ISAPRE, mientras que el gasto privado disminuye su velocidad de crecimiento en el año 1989, año en que la democracia retorna a Chile. Se destaca además que el gasto privado se mantiene en 40% desde 1990 a 1997 y luego comienza a decaer.

Como elemento de contexto, se debe mencionar que, según datos de FONASA, el gasto público en salud aumentó proporcionalmente su participación en el Producto Interno Bruto (PIB) desde 2% en el año 1990 a 3% en el año 2002. Por otro lado, cuando se examina la composición del gasto público en salud se aprecia cómo, luego de la creación de las ISAPRE, en el año 1983, el mantenimiento del grado de gasto público se logró a través del incremento de cotizaciones, pero también a través de la introducción del copago en la modalidad institucional ajustado a los ingresos de las familias. De este modo, el subsistema público de salud empezó a ser financiado de manera cada vez más importante por las personas, mientras el aporte fiscal se volvió menos decisivo. A partir del año 1990 el fenómeno recién descrito empieza a revertirse.

Es preciso señalar, además, que las personas que migraron hacia la solución ofrecida por los aseguradores previsionales privados no suelen requerir subsidios del estado, de modo que, en rigor, la caída que se observa del aporte fiscal es para un grupo poblacional remanente que va cambiando su composición en cuanto al volumen de ingresos.

Cuadro I
NÚMERO DE BENEFICIARIOS SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD. CHILE, 1984-2003

Año	FONASA*		ISAPRE‡		Proporción de personas prepagando		Otros§	
	Promedio	%	n	%	%	n	%	
1984	9 944 240	83	365 260	3	86	1 609 090	14	
1989	9 844 496	76	1 756 169	14	90	1 360 355	10	
1994	8 644 479	61	3 669 874	26	87	1 788 039	13	
1999	9 403 455	62	3 323 373	22	84	2 387 706	16	
2003	10 580 090	68	2 729 088	18	86	2 182 575	14	

* Fondo Nacional de Salud (FONASA): considera a todos los beneficiarios del seguro público de salud administrado por sí mismo a diciembre de cada año

‡ Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE): considera a todos los beneficiarios de seguros privados de salud administrados por el sistema ISAPRE a diciembre de cada año

§ Considera a personas particulares y Fuerzas Armadas no asegurados en los seguros públicos y privados antes indicados

Fuente:

Beneficiarios 1984-1989

Ministerio de Salud: Estadísticas de Prestaciones otorgadas a beneficiarios de Ley N° 18 469 y Sistema ISAPRE

Beneficiarios 1990-2003

Estimación del número beneficiarios del seguro público de salud y su participación respecto a otros sistemas en la población nacional, número de personas, años 1990 a 2003, Sección Estadísticas. Disponible en: www.fonasa.cl. [2005 noviembre 4]

Por otro lado, al revisar las cifras aportadas por FONASA, se aprecia que una fracción del aporte de las personas provino directamente de los bolsillos (aporte directo de las personas), cifra que si bien es menor comparada con las cotizaciones no es despreciable en absoluto. En cuanto a este gasto de bolsillo, a pesar de que representa una fuente de financiamiento del sistema de salud, no está claro si puede considerarse una fuente de financiamiento de la protección social en salud del modo que sí lo son, en un sentido estricto, eventuales prepagos, aportes o cotizaciones de las personas. Por lo general, en la discusión tradicional acerca de la cuestión de pagar "cuando el evento ocurre" es posible visualizar dos cosas:

1. Que los pagos directos de bolsillo impuestos como modalidad de cofinanciamiento de prestaciones que los seguros cubren en forma parcial, dentro o fuera de los sistemas de seguridad social, por lo general representan formas de moderar, inducir o impedir la materialización de ciertos consumos sanitarios más que de obtener recursos comple-

Cuadro II
EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN SALUD (EN MILLONES DE PESOS DE 2002)
CHILE, 1984-2003

Año	Gasto público*			Gasto privado‡			Gasto total Millones de pesos
	Millones de pesos	Porcentaje del gasto total	Variación anual (%)	Millones de pesos	Porcentaje del gasto total	Variación anual (%)	
1984	390 611	87		58 969	13		449 580
1985	372 489	83	-5	75 368	17	28	447 857
1986	389 893	76	5	120 184	24	59	510 077
1987	377 632	72	-3	149 056	28	24	526 688
1988	440 819	69	17	196 029	31	32	636 848
1989	446 611	64	1	248 101	36	27	694 712
1990	447 477	60	0	300 602	40	21	748 079
1991	522 843	60	17	352 887	40	17	875 730
1992	639 999	260	22	418 494	40	19	1 058 493
1993	751 605	61	17	485 993	39	16	1 237 598
1994	827 150	60	10	543 667	40	12	1 370 817
1995	892 570	60	8	597 787	40	10	1 490 357
1996	972 218	60	9	644 924	40	8	1 617 142
1997	1 049 390	60	8	696 839	40	8	1 746 229
1998	1 126 182	61	7	722 917	39	4	1 849 099
1999	1 188 925	63	6	711 800	37	-2	1 900 725
2000	1 290 194	64	9	712 572	36	0	2 002 766
2001	1 411 596	66	9	731 027	34	3	2 142 623
2002	1 386 191	65	-2	737 160	35	1	2 123 351
2003	1 472 091	66	-6	759 644	34	3	2 231 735

* Gasto público: se compone del aporte fiscal, las cotizaciones del sistema público, los ingresos de operación y el copago del usuario. No se dispone de datos sobre el aporte de los municipios a la atención primaria de su comuna

‡ Gasto privado: se compone del ingreso operacional de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (que incluye cotizaciones y aporte de los empleadores) e ingreso de explotación de los seguros privados voluntarios

Fuente:

FONASA. Desagregación del gasto público de salud, gasto fiscal, cotizaciones, ingresos propios y copago del usuario, total nacional, años 1990 a 2003, Sección Estadísticas. Disponible en: www.fonasa.cl. [2005 noviembre 11]

Superintendencia de Salud. Índice información financiera a diciembre 2003. Disponible en: http://www.superintendenciasalud.cl/_temporal/233/r_p_s/Pagina%20web/frame-financiera%202003.html. [2005 noviembre 11]

mentarios. Es decir, responden a una racionalidad buscada *ex profeso* por el asegurador, público o privado, que tiene que ver con modular la demanda cuando ésta opera en libertad. En último término, es un gasto que se vincula a un patrón de cobertura y de consumo sanitario predeterminado en el plan que podría responder a definiciones sanitarias apropiadas.

2. Que, por fuera de la seguridad social, las personas pueden destinar proporciones variables de recursos al financiamiento de sus necesidades de salud. Estas necesidades de salud incluyen el copago de prestaciones relacionadas con seguros privados, el pago de medicamentos, de medicina informal o no institucionalizada, de medicina for-

mal sin acreditación suficiente –problema típico de países con debilidades regulatorias o conflicto de intereses en el ente rector que administra directamente la provisión de servicios–, el pago de prestaciones que no suelen ser cubiertas por los seguros como de manera típica sucede con la salud mental –en la medida que se ha ido haciendo más importante– y la salud oral –a la que los sistemas organizados de seguridad social y de salud para indigentes eluden por tradición– y, por último, el pago de amenidades o de confort adicional. Es decir, situaciones que representan una desprotección financiera frente a problemas relevantes y otros casos en que el gasto se vincula a consumos conspicuos.

En Chile, desde 1968, coexistían dos subsistemas públicos: el Servicio Nacional de Salud (SNS), que atendía a los obreros, sus familias y a los indigentes, y el SERMENA (Servicio Médico de Empleados), que atendía a empleados públicos y privados.⁷ El sistema de atención de salud de libre elección que operó a través de este último carecía de infraestructura propia y actuaba como un “asegurador” que celebraba convenios con prestadores en la modalidad de pago por prestación otorgada. Este sistema operó durante muchos años controlando con firmeza el gasto por la vía de copagos elevados. De hecho, el sistema nunca financió el gasto en medicamentos en esta modalidad, y corría por entero a cargo de las personas. A juicio de los autores, esta modalidad de atención del subsistema público contiene la combinación de dos elementos clave para entender la estructura actual del sistema de salud en Chile y algunos de sus problemas: a) un sistema de subsidios públicos a la demanda y b) una modalidad de pago por prestación que en el mundo entero se desea abandonar por su impacto sobre el incremento de los costos, no obstante el control vía copago. Posteriormente este sistema se transformó en una de las modalidades actuales de atención del sistema público, llamada Modalidad Libre Elección.

En Chile, FONASA estimó cuál fue el gasto de bolsillo de los chilenos en el periodo 2000-2004.⁸ Según esos datos, la proporción del gasto de bolsillo respecto al gasto total se mantuvo alrededor de 27% en todo el periodo. Se observa, además, un aumento del gasto de bolsillo de 9.6% en el periodo. El copago asociado a medicamentos representa alrededor de 48% del gasto de bolsillo total y es el que más aumenta en todo el período.

Pooling

Si bien el *pooling* representa la forma principal de distribuir los riesgos en forma equitativa entre los participantes de un colectivo, un sistema de salud debe ir más allá en la búsqueda de equidad. Por ello, no sólo se deben asegurar subsidios cruzados desde las personas de bajo riesgo a las de alto riesgo, lo que sucede en cualquier sistema en que las contribuciones no se relacionan con el riesgo, sino que también se debe intentar generar subsidios cruzados según el ingreso. En este sentido, en la evaluación de los sistemas de salud que llevara a cabo la OMS en el año 2000, Chile ocupó el lugar número 168 de 191 países en el logro de la equidad de la contribución financiera.¹

Para ilustrar de alguna manera esta situación, se realizó un análisis en cuanto a la distribución de riesgo dentro del sistema de salud chileno, así como la ca-

pacidad de éste para generar subsidios cruzados según el ingreso de acuerdo con los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2003 (CASEN 2003).

En primer lugar, en el sistema de salud chileno se observa una marcada segmentación de la población de acuerdo con los niveles de riesgo o gasto esperado. Un buen indicador de este riesgo lo constituye la distribución por grupos de edad tanto en el sistema público como en el privado. Cuando se analiza esta distribución se observa que, se trate de hombres o de mujeres, el subsistema público de salud concentra más de 83% de la población en el segmento de edad de 70 y más años, mientras que el porcentaje de la población perteneciente al mismo segmento en el subsistema de seguros privado es menor de 6%. Por otro lado, del total de mujeres de 20 a 39 años (en periodo de edad fértil), más de 70% está afiliado al subsistema público, mientras este porcentaje disminuye casi en 10 puntos en el caso de los hombres, a pesar de que el subsidio maternal por reposo pre y posnatal está a cargo del Estado. La decisión de que el subsidio maternal fuese con cargo al Estado se tomó después de la creación del sistema ISAPRE con el fin de facilitar el desarrollo de éste e impedir la discriminación. El propósito no se alcanzó por completo debido a los costos asociados al parto, eventos prácticamente ciertos en la edad fértil.

En cuanto a los subsidios cruzados entre distintos niveles de ingreso, las cifras muestran que el porcentaje de la población en el subsistema público es inversamente proporcional a las percepciones económicas, desde 91.1% en el primer quintil a 33.6% en el quintil superior. En el subsistema privado se observa lo contrario; la pertenencia a éste crece desde 1.6% en el primer quintil hasta 50.5% en el quinto. Es decir, la seguridad social chilena no logra distribuir los riesgos entre todos los miembros de la sociedad, ni tampoco es capaz de generar subsidios cruzados entre diferentes niveles de ingreso.

Compra (producción y consumo de atención médica por subsistema)

Por último, se analiza la tercera subfunción del financiamiento, que es la de compra de servicios. Los sistemas de salud necesitan asegurarse de que el paquete de servicios de salud que suministran conduce a conseguir sus objetivos, en especial el que se refiere a aumentar el grado y distribución de la salud. La OMS postula que la forma de asegurar esto corresponde a la “compra estratégica”.

Para la compra estratégica existen tres desafíos fundamentales:

- ¿Qué comprar?
- ¿A quién comprarle?
- ¿Cómo comprar?

¿Qué comprar?

Cuando un sistema de salud decide qué comprar lo hace después de pasar por un proceso de priorización, sea implícita o explícita, que determina cuál es la canasta de servicios que se ofrecerán a la población en un periodo dado.

Una forma de analizar este ámbito consiste en revisar la cantidad de dinero asignada a los distintos niveles de atención. Como se aprecia en el cuadro III, el dinero que FONASA asigna al nivel primario de salud en su modalidad institucional es bastante menor al asignado a los niveles secundario y terciario, los que representan casi la mitad del gasto total. A pesar de esto, se observa un esfuerzo del seguro público por aumentar la proporción de dinero asignado al nivel primario, la que llega a 12% en el 2003. Además, se aprecia un crecimiento importante del gasto en la modalidad libre elección, la cual, de manera histórica, se usa en forma preponderante en prestaciones ambulatorias que en atención cerrada debido al costo de los copagos.

Por otro lado, es posible analizar cómo varió el número y costo de los distintos tipos de prestaciones en el tiempo. En general se comprueba un aumento en número de todos los tipos de prestaciones así como en el

gasto derivado de las mismas. Es importante destacar que, en proporción, el gasto aumenta mucho más que el número de prestaciones. También se observa un aumento importante de las atenciones abiertas (ambulatorias) y los procedimientos relativos a las prestaciones de atención cerrada, como las intervenciones quirúrgicas y los días-cama. Mención aparte merecen la hemodiálisis y peritoneodiálisis, ya que al tratarse de prestaciones que el nuevo Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) garantiza, aumentan al doble. El GES es parte de la reforma de salud en desarrollo en Chile que para estas fechas se encuentra en su segunda fase de implementación. Consiste en la garantía explícita de atención de un conjunto priorizado de problemas de salud para todas las personas aseguradas en términos de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

Además del GES, el seguro público prioriza de manera explícita otras prestaciones, a las que paga por acción prestada directamente a los Servicios de Salud, como son los programas del Adulto Mayor, de Oportunidad de la Atención y de Prestaciones Complejas. En el cuadro IV se presenta la proporción de gasto asignada a programas prioritarios específicos. El gasto total está compuesto por transferencias a los servicios de salud según un presupuesto histórico, subsidios por incapacidad laboral, gastos en salud pública, gastos en administración y otros. Se verifica el aumento importante del gasto asignado a programas prioritarios en los últimos años. Se puede asumir que, dado que se

Cuadro III
GASTO DEVENGADO SEGÚN MODALIDAD DE ATENCIÓN (EN MILLONES DE PESOS DE 2002).
FONDO NACIONAL DE SALUD, CHILE, 1995-2003

	Modalidad institucional				Modalidad libre elección		Gasto devengado Millones de pesos
	Atención primaria		Atención secundaria y terciaria		Millones de pesos	Porcentaje del gasto total	
	Millones de pesos	Porcentaje del gasto total	Millones de pesos	Porcentaje del gasto total			
1995	64 860	7.3	476 103	53.3	102 052	11.4	892 570
1996	73 996	7.8	511 692	54.1	109 517	11.6	945 737
1997	76 713	7.5	543 183	53.2	122 088	12.0	1 020 807
1998	90 752	8.3	566 596	51.7	149 012	13.6	1 095 508
1999	102 308	8.8	573 166	49.6	159 186	13.8	1 156 542
2000	109 452	8.7	607 264	48.4	187 065	14.9	1 255 052
2001	126 526	9.2	648 825	47.3	214 774	15.6	1 373 148
2002	147 622	10.6	686 542	49.5	234 268	16.9	1 386 191
2003	173 174	11.8	726 719	49.4	236 539	16.1	1 472 091
Variación porcentual 1995-2003	167.0		52.6		131.8		64.9

Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Cuadro IV
GASTO ASIGNADO A PROGRAMAS ESPECIALES. FONDO NACIONAL DE SALUD
(EN MILES DE PESOS DE 2002). CHILE, 1995-2003

Año	Pago asignado a diagnóstico	Programa Adulto Mayor	Programa Oportunidad de la Atención	Programa Prestaciones Complejas	Gasto total	Porcentaje de gasto asignado a programas (%)
1995	nd	1 980 927	nd	nd	892 569 898	0.2
1996	nd	3 024 149	nd	nd	945 737 046	0.3
1997	nd	3 367 776	14 973 899	9 503	1 020 807 414	1.8
1998	1 838 178	5 911 707	15 693 161	11 622	1 095 508 422	2.1
1999	6 919 321	5 791 430	15 638 056	13 559	1 156 542 084	2.5
2000	12 968 030	5 561 562	15 668 571	15 984	1 255 052 448	2.7
2001	17 362 328	8 720 240	17 886 753	17 088	1 373 148 000	3.2
2002	19 621 479	9 800 917	17 759 460	25 344	1 386 191 000	3.4
2003	28 035 487	10 644 882	18 880 334	41 284	1 472 091 344	3.91

Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA)

está implementando el plan AUGE, este porcentaje aumentará aún más.

¿A quién comprarle?

Los subsistemas público y privado de salud en Chile enfrentan numerosas restricciones para el intercambio, y ello se debe en parte a que la venta de prestaciones médicas por parte de los hospitales públicos a los aseguradores privados para sus beneficiarios se encuentra limitada, así como también lo está el uso de recursos de la modalidad institucional del presupuesto público para comprar prestaciones a entes privados destinadas a beneficiarios del subsistema público, el que tiene límite. La mayor interfaz existente es aquella que se deriva de la modalidad de libre elección del presupuesto público. A pesar de esto, como se constata en el cuadro III, la proporción de gasto en esta modalidad se mueve alrededor de 16%, aunque esta proporción se encuentra en ascenso. La operación de estos subsistemas como verdaderos “estancos” ha conducido al país a desaprovechar el uso de la capacidad instalada y a duplicar los esfuerzos de inversión.

¿Cómo comprar?

Tanto para asignar recursos como para pagar a los proveedores, se cuenta con los sistemas, métodos o mecanismos de pago, que se definen como el “modo en que el dinero es distribuido desde una fuente de fondos como el gobierno, una compañía de seguros u otro tipo de ente pagador (...) hacia un establecimiento de aten-

ción de salud (...) o a un proveedor individual como un médico, enfermera (...)”.⁹ Entre los principales mecanismos de pago se reconocen los siguientes:

- *Presupuesto global*: pago total fijado con anticipación para cubrir un periodo determinado.
- *Presupuesto por partidas*: presupuesto que se asigna de acuerdo con categorías específicas (p. ej., salarios, medicamentos, equipos, etc.).
- *Pago per cápita*: el pago se realiza de forma prospectiva por cada individuo inscrito con ese proveedor.
- *Pago por caso específico*: dada una cierta clasificación de pacientes, se realiza un pago fijo al prestador por cada caso. Su uso predomina en hospitales.
- *Pago por acción prestada*: el pago se realiza una vez que la acción tuvo lugar.

Cada mecanismo de pago se acompaña de una serie de incentivos que influyen en las conductas de los prestadores en términos de los tipos, cantidades, calidad y efectividad de los servicios que ofrecen.^{9,10}

En Chile, por lo general, las ISAPRE utilizan el pago por acción prestada, mientras que FONASA recurre a un conjunto de mecanismos de pago. En su modalidad institucional FONASA realiza transferencias a los servicios de salud que corresponderían a un presupuesto por partidas, aunque cierto porcentaje de estas transferencias corresponden a pagos por prestación destinados a programas prioritarios, según se acaba de ver. Por otro lado, el financiamiento de la atención primaria municipal se realiza a través de un pago per

cápita. En la modalidad libre elección existe, además, el Pago Asociado a Diagnóstico –PAD–, que corresponde a un pago por caso específico.

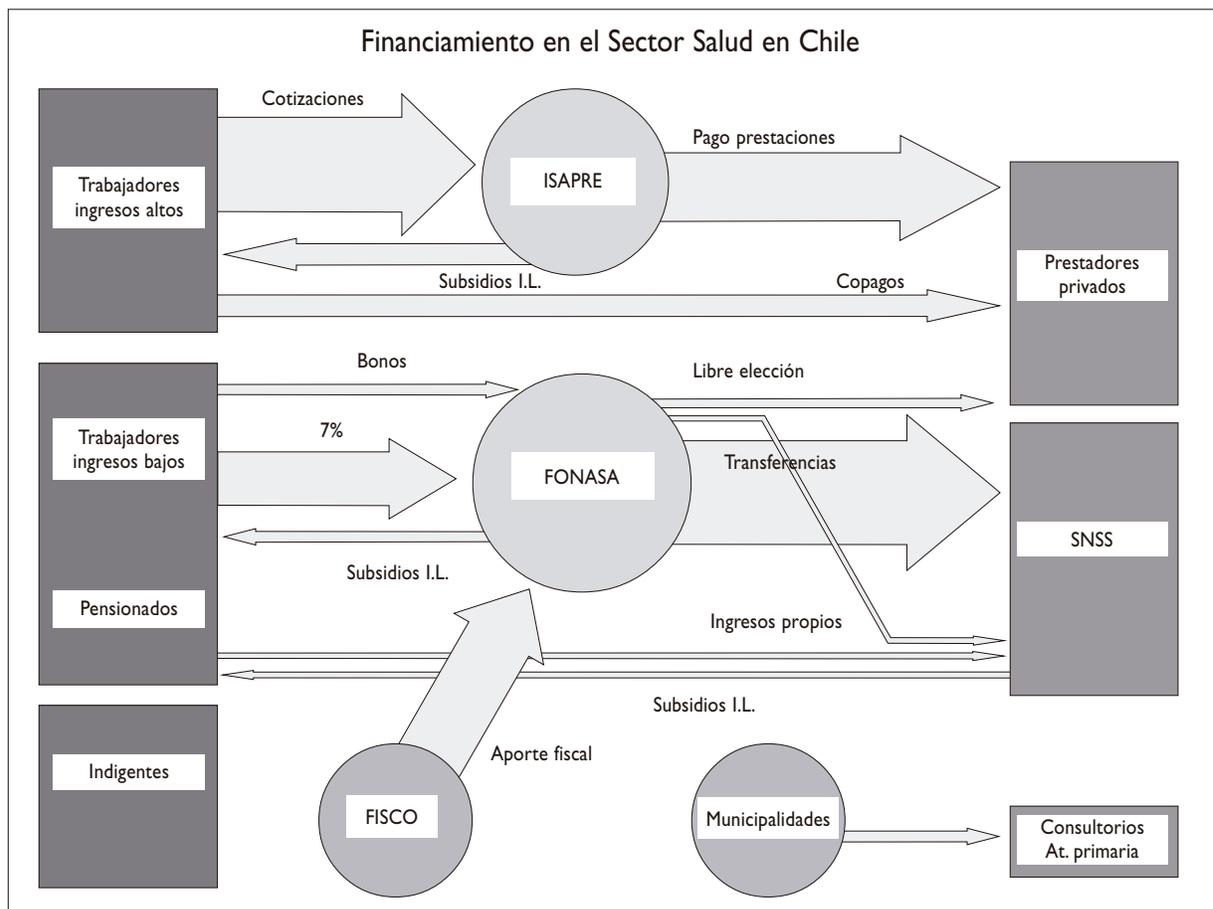
Conclusiones

Para finalizar, se puede concluir que en Chile existe una alta proporción de personas cubiertas por los seguros de salud existentes, es decir, prepagando atención de salud o recibiendo subsidios del Estado. Sin embargo, dada la estructura de financiamiento del sistema de salud chileno, existe una tendencia importante a la segmentación de la población, sea por riesgo

o por ingresos, como se muestra en la figura 1, que resume esta situación. Por otro lado, existe aún mucho espacio para mejorar la compra de servicios por parte del sistema chileno como un todo, a pesar de que se observan esfuerzos en ese sentido, sobre todo del seguro público.

Agradecimientos

Alberto Muñoz, Jefe del Departamento de Estudios de la Superintendencia de ISAPREs. Gustavo Toro, Asociación de Aseguradores de Chile. César Oyarzo, Gerente General, Integramédica.



Nota: Las flechas representan los flujos de dinero y el grosor de ellas indica la cuantía de los mismos
Adaptado de Covarrubias, Álvaro. Sin publicar

FIGURA 1. CUADRO RESUMEN DEL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO, 2000

Referencias

1. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Ginebra: WHO, 2000.
2. Madies C, Chiarveti S, Chorny M. Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* 2000;8(1/2):33-42.
3. Organización Panamericana de la Salud. Perfil del sistema de servicios de salud Chile. OPS/OMS, 2002. Disponible en: <http://www.lachsr.org/es/profiles.cfm?view=countryAsDoc&viewid=8> [2006 Marzo 3].
4. Ley 19.937. Diario Oficial, 24 de Febrero de 2004. Chile, 2004.
5. Superintendencia de Salud. Cartera mensual de beneficiarios, básicas mensual de cartera Abr 2005. Superintendencia de Salud, 2005. Disponible en: [http://www.superintendenciasalud.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp?boton=Hom&argCarpetald=37&argTreeNodosAbiertos=\(-14\)\(-11\)\(-36\)\(-31\)\(-35\)\(-12\)\(108\)&argTreeNodoActual=37&argTreeNodoSel=37](http://www.superintendenciasalud.cl/OpenDocs/asp/pagDefault.asp?boton=Hom&argCarpetald=37&argTreeNodosAbiertos=(-14)(-11)(-36)(-31)(-35)(-12)(108)&argTreeNodoActual=37&argTreeNodoSel=37) [2005 Julio 8].
6. Sapelli C. Mandatory health insurance in Chile: issues of design in theory and in practice. Disponible en: <http://www.bcu.gub.uy/autoriza/peiees/iees03j3281100.pdf> [2006 Marzo 11].
7. Azevedo A. El sistema de salud chileno: 20 años de reformas. *Salud Publica Mex* 2002;44:60-68.
8. Urriola R. Cuentas de salud de Chile (Estimaciones preliminares). Santiago de Chile: FONASA, 2004.
9. Proyecto de Colaboración para la Reforma de Salud. Cartilla de políticas, métodos alternativos de pago a proveedores: incentivos para mejorar la prestación de los servicios de salud. Disponible en: <http://www.phrplus.org/Pubs/ppsls.pdf> [2006 Marzo 3].
10. Álvarez B, Lobo F, Pellisé L. Sistemas de pago a proveedores de servicios sanitarios en países latinoamericanos y de la OCDE. Washington DC: OPS/OMS, 1998.