

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
ESCUELA DE ECONOMÍA Y ADMINISTRACIÓN

FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

SEMINARIO PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIEROCOMERCIAL CON MENCIÓN EN
ECONOMÍA

ALUMNA:

PAULINA VERÓNICA LAMATTA CONTRERAS

PROFESOR GUÍA: SR. JOSÉ YÁÑEZ HENRÍQUEZ

SANTIAGO PRIMAVERA 2003

1. INTRODUCCIÓN .	1
2. MARCO TEÓRICO . .	3
2.1 Políticas universales . .	3
2.2 Focalización: Una política alternativa . .	4
2.2.1 Fortalezas y debilidades de una política focalizada .	4
2.2.2 Tipos de focalización .	5
2.2.3 Medición de la precisión en la focalización . .	6
2.2.4 Incidencia de la focalización .	7
3. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO .	9
3.1 Estructura .	9
3.2 Acceso y financiamiento .	11
4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD . .	15
4.1 Evolución del Gasto Público en salud .	15
4.1.1 Gasto Público y Fiscal (1) en salud .	16
4.1.2 Participación del Gasto Público y Fiscal en salud en el Gasto Social .	17
4.1.3 Participación del Gasto Público y Fiscal en salud en el PIB .	18
4.1.4 Gasto Público y Fiscal en salud per cápita .	19
4.1.5 Presupuesto del Sector Público de Salud año 2004 .	20
4.1.6 Evolución de los componentes del Gasto del Sector Público de Salud . .	22
4.1.7 Observaciones Generales .	24
4.2 Cobertura de los sistemas previsionales de salud .	25
4.2.1 Distribución de la población según sistema previsional de salud .	25
4.2.2 Distribución de la población según sistema previsional y quintil de ingreso. . .	26
4.2.3 Distribución de la población según sistema previsional de salud y sexo.	27
.	
4.2.4 Distribución de la población según sistema previsional y tramo de edad.	27
.	

4.2.5 Distribución de la población según sistema previsional de salud y región	28
4.2.6 Sistema previsional de salud por zona	29
4.2.7 Observaciones Generales:	30
4.3 Acceso a los servicios y prestaciones de salud	30
4.3.1 Necesidad de salud de la población según sexo y tramos de edad	31
4.3.2 Necesidad de salud de la población según quintil de ingreso	32
4.3.3 Población que declaró enfermedad y consultó según quintil de ingresos	32
4.3.4 Población que no consultó según razones de no consulta y quintil de ingresos	33
4.3.5 Población que consultó según lugar de consulta y quintil de ingresos	34
4.3.6 Acceso a los servicios de salud	34
4.3.7 Observaciones Generales	37
4.4 Focalización de los subsidios públicos en salud	38
4.4.1 Distribución de los subsidios públicos en salud según quintil de ingresos	39
4.4.2 Impacto distributivo de los subsidios públicos en salud según quintil de ingresos	41
4.4.3 Observaciones Generales	43
4.5 Rendimiento del gasto público en salud	44
4.5.1 Estimaciones del rendimiento del gasto público en salud	45
4.5.2 Observaciones Generales	47
5. CASOS INTERNACIONALES	49
5.1 El sistema de salud canadiense	49
5.2 Sistema de salud francés	51
5.3 Sistema de salud español	53
5.4 Comparaciones con el sistema de salud chileno.	55
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
6.1 Conclusiones	59
6.2 Recomendaciones	61

7. BIBLIOGRAFÍA .	63
ANEXO . .	67
8.1 Tablas del Gasto Público en el Sector Salud .	67
8.1.1 Gasto Público y Fiscal en salud, 1989-2000, (Millones de pesos del año 2000) .	67
8.1.3 Gasto Público en salud/PIB, Gasto Fiscal en salud/PIB, 1990-2000 (Porcentaje) . .	68
8.1.4 Gasto Público y Fiscal per cápita en salud, 1990-2000 (pesos del año 2000) .	69

1. INTRODUCCIÓN

La intervención estatal se justifica cuando existen ciertas fallas de mercado que impiden la eficiente asignación de recursos. Tal es el caso del sector de la salud, el cual presenta fallas por la falta de competencia de proveedores, por la información imperfecta que poseen los consumidores y por la presencia de externalidades.

Existe a su vez otra razón que justifica la intervención del estado, la cual está relacionada con la desigualdad que se presenta en la provisión de ciertos bienes y servicios. De esta forma, aunque el sector salud fuera eficiente, podría negar el acceso a aquellas personas no aseguradas o carentes de recursos, generando profundas inequidades.

Durante los últimos años ha habido un interés creciente por parte de los gobiernos de América Latina y de otros países en desarrollo por disminuir estas desigualdades presentes en el sector salud. El propósito último de las políticas orientadas a mejorar la equidad es facilitar el acceso de las personas de bajos ingresos a servicios de salud de buena calidad, para así reducir la brecha entre el estado de salud de pobres y no pobres.

Con el fin de eliminar las inequidades existentes en la provisión de los servicios de salud y considerando que los recursos públicos son escasos, muchos gobiernos han optado por seguir una política de focalización del gasto público, que consiste en dirigir estos recursos a la población de más bajo nivel económico.

En el caso de Chile aunque existe una política universal en cuanto a asegurar el acceso a los servicios de salud a toda la población; la existencia de un pago diferenciado

en el momento de recibir atención médica, permite que haya una política focalizada de los subsidios públicos de salud.

Ahora bien, durante la última década, se han generado en el país significativos incrementos de recursos públicos en el sector salud. A raíz de esto, surge el interés de evaluar el grado de focalización del gasto público en salud y de conocer si los resultados obtenidos en este sector son consistentes con el aumento de estos recursos.

Una estrategia de focalización que dirige los recursos públicos de salud específicamente a la población más necesitada busca mejorar la equidad en el sector salud y aumentar la eficacia o impacto de la política, dado los recursos disponibles.

La hipótesis del trabajo plantea entonces, que si bien ha aumentado considerablemente el gasto público en salud y se ha implementado una apropiada política de focalización dirigida principalmente a los quintiles más bajos de la población, la ineficiencia en el uso de los recursos públicos no ha permitido las respectivas mejoras de equidad en este sector.

En una primera parte del trabajo se desarrolla el marco teórico, donde principalmente se describe la política de focalización. Luego se hace una breve descripción del sistema de salud chileno en cuanto a su estructura, acceso y financiamiento.

El capítulo central del trabajo evalúa la focalización del gasto público en salud. En éste se presenta la evolución de este gasto, la cobertura y el acceso de la población a los servicios y atenciones de salud, el grado de focalización de los subsidios públicos y su impacto. Además se incluye un subcapítulo dedicado a analizar el rendimiento del gasto público en este sector.

En un siguiente capítulo se hace una revisión a tres destacados sistemas de salud existentes en el mundo. Se describen brevemente los rasgos más relevantes del sistema canadiense, el francés y el español, en relación a la cobertura que entregan, el sistema de financiamiento y su organización.

Finalmente el trabajo entrega las principales conclusiones del estudio y algunas recomendaciones para mejorar la focalización del gasto público en salud y lograr una mayor eficiencia en el uso de estos recursos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Políticas universales

Los países utilizan principalmente dos estrategias para erradicar la pobreza: La provisión universal que consiste en dirigir los recursos públicos a toda la población y la focalización que consiste en dirigir los recursos hacia la población pobre. Dado que ambas políticas poseen ventajas y desventajas, se ha generado un gran debate para determinar la estrategia más conveniente para mejorar la equidad y la igualdad de oportunidades.

Fortalezas de la provisión universal

Al dirigir los recursos a toda la población, la provisión universal, tiene la ventaja de no impedir el acceso de los pobres a los servicios subsidiados y de maximizar el número de beneficiarios potenciales.

Los programas universales generan gran apoyo político. Esto se debe a que no sólo los grupos de bajos ingresos se benefician del programa, sino que también los de clase media y alta.

En este tipo de provisión, no es necesario identificar a la población objetivo. Esto permite tener bajos costos administrativos y disminuir el problema de estigmatización de los pobres y de competencia entre los beneficiarios de la política social.

Debilidades de la provisión universal

La desventaja de esta política es que dado que los recursos son escasos, al no dirigirlos a los más necesitados, fomenta la ineficiencia y la falta de calidad en las prestaciones de servicios sociales.

La provisión universal dirige sus beneficios a toda la población y por lo tanto tiene la desventaja de demandar muchos recursos fiscales y de ser muy vulnerable ante las crisis económicas.

Al no discriminar entre pobres y no pobres, la política universal permite que se filtren subsidios hacia los menos necesitados, reduciendo así los recursos disponibles para los que más lo necesitan.

2.2 Focalización: Una política alternativa

La focalización constituye otra opción que tienen los gobiernos para enfrentar la problemática de la pobreza. Este tipo de estrategia consiste en concentrar los recursos disponibles en grupos específicos de la población. Generalmente los gobiernos focalizan con el objetivo de disminuir la pobreza y por lo tanto dirigen sus subsidios hacia los más pobres, pero en otros casos los beneficiarios podrían ser seleccionados según otras características como son el sexo, raza, etc.

2.2.1 Fortalezas y debilidades de una política focalizada

Fortalezas

La gran ventaja de la focalización es que en un contexto de recursos escasos, la concentración de los beneficios en los segmentos más necesitados de la población logra una mayor eficiencia e impacto de los recursos destinados a combatir la pobreza.

Esta política maximiza el acceso de los grupos más pobres a las políticas y programas sociales; y al mismo tiempo, minimiza el acceso a los grupos no pobres. De esta forma la focalización permite elevar el nivel de beneficios y disminuir los costos del programa.

Debilidades

Los programas focalizados pueden tener efectos muy positivos para disminuir la pobreza, pero es importante destacar que realizar políticas de este tipo genera costos que son importantes de considerar.

Los principales costos de la focalización son:

Costos administrativos: Para entregar los recursos a los más necesitados, la focalización requiere de un sistema de identificación de las personas pobre. Este mecanismo de identificación, necesario para verificar qué personas cumplen con los requisitos de acceso, posee altos costos administrativos. Estos costos están relacionados

directamente con la precisión en la identificación. En el caso de una identificación perfecta se requeriría de un estudio minucioso del bienestar de cada una de las personas, lo cual demandaría costos muy altos.

Costos de incentivos: La focalización puede provocar incentivos a trabajar menos a aquellas personas en que la disminución de ingresos se ve compensada por los beneficios del programa. También puede provocar incentivos a que las persona subdeclaren sus bienes y las condiciones de vida con el fin de pertenecer al grupo beneficiario.

Economía política: Los programas focalizados benefician sólo a los grupos pobres, los grupos de clase media y alta se ven excluidos de estos beneficios. En consecuencia, en gobiernos en que la clase media y alta gozan de gran poder político, este tipo de programas podrían contar con un bajo presupuesto y con un escaso apoyo político.

2.2.2 Tipos de focalización

1. Focalización basada en la evaluación individual

Este tipo de focalización consiste en identificar a las personas que deben recibir los beneficios de acuerdo a ciertas características individuales, tales como, nivel de ingreso, estado de salud o estado nutricional.

Este mecanismo permite obtener una mayor precisión en la focalización, pero puede llegar a ser muy costosa, producto de los altos costos administrativos que demanda.

Principales mecanismos utilizados en la focalización individual:

La prueba de medios: Mecanismo a través del cual se identifica a las personas que van a recibir los beneficios de acuerdo a su nivel de ingreso u otra característica individual relacionada con éste. En los países donde hay dispersión de la población, carencias de sistemas de información y fluctuaciones del mercado laboral, la implementación de la prueba de medios se hace muy difícil.

Prueba de medios aproximada: En este caso la identificación de los beneficiarios se realiza mediante una aproximación del ingreso en base a indicadores, tales como, vivienda, ocupación, educación, etc. Un ejemplo de éste es la encuesta Casen que se realiza en Chile.

2. Focalización basada en la evaluación grupal

Consiste en escoger a los beneficiarios del programa de acuerdo a una clasificación grupal de la población, como por ejemplo, localización geográfica, sexo, etnia, etc. De este modo clasificarán como beneficiarios el conjunto de la población que compartan determinadas características.

Este tipo de mecanismo no requiere de la identificación de cada individuo, y por lo tanto, presenta menores costos administrativos, pero a su vez podría ser poco efectivo, especialmente en situaciones en que la población es heterogénea.

3. Focalización basada en la Auto-focalización

Este mecanismo se basa en la autoselección por parte de la población, por lo que

carece de un sistema explícito de selección y exclusión de beneficiarios.

Este tipo de focalización se utiliza en programas que cuentan con la existencia de ciertos costos en el acceso a los beneficios entregados, desincentivando así la participación de la población no pobre.

2.2.3 Medición de la precisión en la focalización

Para medir la precisión de una iniciativa de focalización, es necesario definir el grupo meta y hacer una estimación de los errores cometidos. Los errores que se cometen en un programa focalizado pueden ser por la exclusión de personas pobres a los beneficios o por la inclusión de personas que no son pobres.

Definición del grupo meta:

Es importante en una primera etapa definir el grupo meta con gran precisión. Si por ejemplo el grupo meta son las personas pobres, es necesario definir una línea de pobreza. Generalmente los programas no definen con precisión la línea de pobreza y se basan sólo en alguna estimación de pobreza, lo que podría distorsionar la eficacia de la focalización.

Precisión:

Una de las formas de evaluar los resultados de la focalización consiste en clasificar a las personas en cuatro categorías según nivel de pobreza y beneficios obtenidos, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 2.1 Resultados de la focalización

	Pobres	No pobres	Total
Beneficiados	40 (Éxito)	20 (Error tipo I)	60
No beneficiados	10 (Error tipo II)	30 (Éxito)	40
Total	50	50	100

Fuente: Grosh.

De la tabla se definen las siguientes categorías:

1) **Personas pobres y que realmente obtuvieron los beneficios:** En este caso los beneficios son correctamente entregados al grupo objetivo, por lo que corresponde a un éxito en términos de focalización. (De acuerdo a la tabla el 40% corresponde a esta categoría).

2) **Personas pobres y que no recibieron beneficios:** En este caso se esta cometiendo un **error de exclusión o error de tipo I**, en el cual se excluye de los beneficios a persona que son pobres y por lo tanto no reciben los beneficios que les corresponden. (Según la tabla el 20% correspondería a esta categoría).

3) **Personas que no son pobres y que recibieron beneficios:** Los que caen en esta categoría se consideran como **error de inclusión o error de tipo II**. En este caso se comete un error dado que se clasifica a los no pobres como si fueran pobre, y de esta

forma, se entregan beneficios a persona que no pertenece al grupo meta. (Según la tabla el 10 % correspondería a esta categoría).

4) **Personas que no son pobres y que no recibieron beneficios:** En este caso los beneficios están correctamente negados y por lo tanto corresponden a un éxito en la focalización. (De acuerdo a la tabla el 30% correspondería a esta categoría).

La precisión de la focalización se evalúa entonces, de acuerdo a los niveles de errores cometidos. En el caso en que no haya error de tipo I y error de tipo II, la focalización será correcta en términos de precisión. Como en la mayoría de los programas la focalización presenta errores, se hace necesario medir el grado de precisión.

Existen dos tipos de mediciones para medir la precisión, la tasa de filtración y la tasa de subcobertura.

La tasa de filtración o de inclusión, corresponde a la relación entre el número de beneficiados no pobres y el número total de beneficiados del programa. En este ejemplo la tasa de filtración sería 20/50, es decir, de un 40%.

La tasa de subcobertura o de exclusión, corresponde a la relación entre el número de pobres excluidos del programa y el total de pobres. En este caso la tasa de subcobertura sería 10/50, equivalente a un 20%.

2.2.4 Incidencia de la focalización

Existen dos tipos de análisis de incidencias: El análisis de incidencia en la provisión de servicios y el análisis de incidencia en el financiamiento.

1) Análisis de Incidencia en la provisión de servicios

Este análisis permite determinar quienes son los que realmente obtuvieron los beneficios del programa, para luego determinar si efectivamente corresponden al grupo objetivo del programa o si existieron fugas de subsidios a otros grupos de la población.

Si los beneficios llegan mayoritariamente al grupo objetivo el programa es progresivo. De este modo un programa es más progresivo y mejor focalizado que otro si logra que una mayor parte de los beneficios lleguen a la población objetivo.

Una forma de evaluar la incidencia de un programa consiste en clasificar a los beneficiarios efectivos del programa de acuerdo al quintil de ingreso al que pertenecen, tal como se muestra en el ejemplo de la siguiente tabla.

Tabla 2.2 Incidencia de un programa focalizado

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Total
Numero de beneficiados	40	30	15	10	5	100

Fuente: Grosh.

De acuerdo a la tabla, el 40% de los beneficiados del programa pertenece al quintil

mas pobre y el 30% pertenece al segundo quintil. Por lo tanto si el grupo objetivo lo formarían ambos quintiles, el 70% corresponderían a los beneficios correctamente otorgados y el 30% corresponderían a una filtración de los beneficios.

Es importante destacar que en el análisis de incidencia no sólo es relevante el acceso a los beneficios, sino el valor de estos. Muchas veces los pobres reciben beneficios de menor calidad (por ejemplo los tiempos de espera y las colas que tienen que enfrentar en las atenciones de salud) que los no pobres, lo que parecería indicar que existe una incidencia más progresiva que la que efectivamente es. Pese a esto, los análisis se realizan en base al supuesto de valor igual debido a que no hay fácil acceso a los datos.

2) Análisis de incidencia en el financiamiento.

Para determinar los efectos que puede causar en la población un programa focalizado es necesario también determinar quiénes son los que están financiando dicho programa. Para llevar a cabo este análisis se debe considerar la estructura tributaria, el financiamiento de los seguros privados, los pagos directos que realizan los usuarios y en general todas las fuentes de financiamiento.

Para mantener la equidad, el pago que realizan las personas debe ser de acuerdo a la capacidad de pago de éstas, es decir, mientras mayor es el ingreso de una persona mayor debe ser el aporte al financiamiento. De esta forma un sistema es progresivo en el financiamiento si el porcentaje de aporte aumenta a medida que aumenta su ingreso.

En la evaluación del éxito de un programa focalizado, además de realizar un análisis de incidencia es necesario también determinar **la tasa de participación**. Esta tasa indica el porcentaje de beneficiados del programa con respecto al total de la población perteneciente a cada quintil, tal como se ilustra en la tabla 3.

Tabla 2.3 Tasa de participación de un programa focalizado

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	A nivel de país
Tasa de participación	40 %	25 %	20%	15%	10%	22%

Fuente: Grosh.

La tabla muestra que el 40% de las personas que pertenecen al primer quintil participan en el programa, el 25% es la tasa de participación del último quintil y a nivel nacional el 22% de la población participa en el programa.

En conclusión para determinar la eficacia de la focalización no sólo basta con un análisis de incidencia porque aunque ésta sea perfecta, si las tasas de participación en los quintiles pobres son bajas, los programas focalizados pueden ser muy poco efectivos.

3. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

3.1 Estructura

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, con participación de los sectores públicos y privados, en materias de seguros, financiamiento y entrega de los servicios de salud.

El subsistema público es normado y dirigido por el Ministerio de Salud, el cual es responsable del diseño de políticas y programas, de la coordinación de las entidades del área, y de la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud.

En el sistema público, existe un seguro social de salud administrado por un Fondo Nacional de salud (Fonasa), quien tiene por tarea recaudar, administrar, y distribuir los recursos financieros del sistema público.

La base productiva de salud pública está conformada por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), compuesto por 29 organismos autónomos que poseen personalidad jurídica y patrimonio propio. Estos organismos son responsables de las prestaciones de salud secundaria y terciaria ofrecidas a través de una red de establecimientos hospitalarios de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta.

La atención de salud primaria está a cargo de los Centros de Atención primaria, los cuales ofrecen servicios curativos de mínima complejidad a través de un sistema de atención abierta. La red de atención abierta está formada por consultorios, postas rurales y estaciones médico-rurales.

El sistema de salud privado está compuesto por Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y por productores de salud particulares. Las Isapres operan como un sistema de seguros de salud, basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud corresponden a clínicas, hospitales y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las Isapres como a los cotizantes del sistema público.

En la figura 3.1 se describe la estructura del sector salud, la cual presenta cuatro niveles dependiendo de la función que desempeñan:

El primer nivel esta compuesto por el ministerio de salud, quien tiene a cargo la tarea de regular a los otros niveles que componen el sistema de salud.

El segundo nivel lo conforman las fuentes de financiamiento, correspondientes al fisco, los asalariados y las empresas.

El tercer nivel cumple la función de seguro y esta formado por cuatro sectores: Fonasa, las Fuerzas Armadas, las Isapres y las mutuales.

El cuarto nivel corresponde a la provisión de servicios, que se divide entre el sector público y privado. El sector público cuenta con los hospitales de la Fuerzas Armadas y del SNSS, y de los consultorios de atención ambulatoria. Por otra parte el sector privado cuenta con clínicas y consultas médicas y las mutuales con las clínicas de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales (ATEP).



Figura 3.1 Organización del sector salud chileno

Fuente: Ministerio de Salud

3.2 Acceso y financiamiento

El acceso al sistema de salud en Chile se realiza a través de un sistema de afiliación obligatoria. Es así como los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar un 7 % de su renta imponible al sistema de salud.

Los cotizantes pueden escoger entre el seguro público de salud o los seguros privados. Si el pago de la cotización obligatoria se destina al FONASA, el cotizante y sus dependientes quedan adscrito al sistema público, en cambio, si se opta por realizar el pago a una Isapre, el cotizante pasa a formar parte del sistema de salud privado.

El Fonasa cumple una doble función. Por una parte cumple la función de recolectar, administrar y asignar los recursos públicos, y por otra actúa como un seguro público. Este seguro funciona como un seguro social, en el que no se vinculan los beneficios obtenidos con las contribuciones realizadas. Así cada beneficiario tiene, en principio, acceso a los mismos beneficios, cualquiera sea el nivel de contribución. De esta forma Fonasa se caracteriza por redistribuir ingresos desde las personas de mayores ingresos hacia las de menores ingresos y de constituir un sistema de salud que va desde los sanos hacia los

enfermos.

Los beneficiarios adscritos al Fonasa pueden elegir entre dos modalidades de atención, la Modalidad de Atención Institucional y la Modalidad de Libre Elección.

Modalidad de Atención Institucional

Bajo esta modalidad, los cotizantes reciben las atenciones de salud en establecimientos públicos de salud. Este tipo de establecimientos lo forman consultorios, centros de referencia de salud, centros de diagnóstico terapéutico y hospitales públicos.

Todos los beneficiarios pueden acceder a esta modalidad, eligiendo el consultorio de atención primaria donde deseen atenderse. Luego de recibir la atención y de ser necesario, son derivados al hospital indicado por el médico.

El valor que deberán pagar por la atención dependerá del grupo de ingreso en el que se encuentre clasificado el beneficiario

Tabla 3.1 Clasificación de los beneficiarios del Fonasa

GRUPO	INGRESO	PAGO
B	Ingreso Imponible Mensual Menor o igual a \$ 115.648.	Atención Gratuita
C	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$ 115.648 y Menor o igual a \$ 168.846. Si las Cargas son 3 ó más se considerarán en el Grupo B.	Paga el 10% de la atención
D	Ingreso Imponible Mensual Mayor a \$ 168.846. Si las Cargas son 3 ó más se considerarán en el Grupo C.	Paga el 20% de la atención
Tramos de Ingresos vigentes hasta junio del 2004		

Fuente: Fonasa

El grupo A está formado por personas indigentes o carentes de recursos, por personas que reciben pensiones asistenciales y por personas causantes de subsidio único familiar. Los beneficiarios que pertenecen a este grupo poseen atención gratuita.

En el caso de atención primaria, todos los beneficiarios tienen derecho a atención y medicamentos gratuitos en los consultorios de atención primaria del sistema público.

Modalidad de Libre Elección

En esta modalidad, las atenciones de salud son entregadas por profesionales y establecimientos de salud privados que hayan suscrito convenio con FONASA.

Los hospitales públicos también atienden bajo esta modalidad, cuando el beneficiario elige a su médico tratante y/o desea ser hospitalizado en sala de pensionado o medio pensionado.

A esta modalidad de atención pueden acceder todos los beneficiarios de FONASA clasificados en los grupos B, C Y D.

La atención se paga con un Bono de Atención de Salud, cuyo valor depende del nivel de inscripción del profesional o establecimiento de salud donde se atienda, existiendo para ello tres niveles (1, 2, 3), donde el nivel 1 es el más barato y el 3 el más caro.

En lo que respecta al sistema privado, las Isapres actúan como agencias aseguradoras que ofrecen seguros de salud a través de un contrato que especifica la cobertura y los tipos de beneficios para el afiliado individual o para el afiliado y su grupo familiar. Estos contratos funcionan como un seguro individual, en el cual, los beneficios ofrecidos varían según la cotización y el riesgo médico del asegurado. Esto implica que dos personas que tienen el mismo nivel de cotización pero que tienen distinta edad y por ende distintos riesgos médicos, adquieren distinta cobertura y beneficios.

Los planes de seguros ofrecidos por las Isapres especifican los porcentajes de reembolso por concepto de prestaciones y servicios asociados, así como los límites máximos de la tarifa a reembolsar. Los porcentajes de reembolsos y los límites máximos de cobertura crecen con la prima pagada por el plan de salud.

El sistema público de salud presenta básicamente tres fuentes de financiamiento. Las principales fuentes de financiamiento son los aportes fiscales directo y las cotizaciones previsionales. La tercera fuente menor de financiamiento la constituye el copago para acceder a la modalidad de libre elección y a las prestaciones institucionales.

Los recursos que recibe Fonasa por los pagos de cotizantes y por los aportes del estado, son traspasados a los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección y a los servicios de salud. Estos a su vez traspasan los recursos a los hospitales públicos y a los centros de atención primaria.

En el sistema de Isapre la principal fuente de financiamiento son las cotizaciones previsionales. Un porcentaje pequeño del financiamiento está compuesto por las ventas de planes voluntarios y complementarios que se adquieren con la cotización previsional.

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Este capítulo consta de 5 secciones, las cuales nos facilitarán la evaluación de la focalización del Gasto Público en salud en Chile. En primer lugar se analizará el nivel del Gasto público en salud y su evolución en la década de los noventa, luego se estudiará el nivel de cobertura y acceso de la población a los sistemas de salud. Posteriormente se realizará un análisis de la distribución del gasto público en salud y el impacto que genera en la población de escasos recursos, finalizando con una evaluación del rendimiento de este gasto.

El análisis del gasto en salud, descrito en la primera sección de este capítulo, se basa en datos obtenidos de los Ministerios de Hacienda y Salud. Los datos utilizados en las siguientes 3 secciones han sido recogidos de la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) del año 2000 principalmente. El último análisis corresponde a un estudio realizado por la Cepal, utilizando datos proporcionados por Fonasa.

4.1 Evolución del Gasto Público en salud

Posee gran importancia conocer la variación en el gasto público en salud, ya que a través

de estos antecedentes podremos inferir la actitud que han tomado los últimos gobiernos frente a las carencias existentes en el sistema de salud chileno y la importancia que le han dado a este sector en relación a los demás programas sociales vinculados con la pobreza.

Antes de iniciar el análisis de la focalización en salud, conoceremos los recursos que se destinan a este sector y las variaciones que han presentado estos durante la última década.

Para las siguientes cuatro subsecciones ver Anexo.

4.1.1 Gasto Público y Fiscal (1) en salud

(1) El Gasto Público corresponde al gasto financiado tanto con recursos fiscales como recursos provenientes de otras fuentes. Por otro lado el Gasto Fiscal se refiere únicamente a aquella parte del gasto financiado con recursos fiscales.

Según datos del Ministerio de Hacienda, en el año 2000, el Gasto Público en salud ascendió a \$1.099.109 millones, presentando un incremento del 8,4% en relación al año anterior¹.

Si centramos el análisis en la década de los noventa, apreciamos que el Gasto Público del sector tuvo un crecimiento promedio anual del 8,9% y un crecimiento acumulado de un 135,4%. Por su parte el Gasto Fiscal en salud en el año 2000 fue de \$ 507.156 millones, presentando un incremento acumulado del 226,4% y un crecimiento promedio anual del 12,6% en el período 1990-2000.

El aumento del Gasto Fiscal ha permitido el alto crecimiento del Gasto Público en salud durante la década analizada; en efecto, las cifras indican que la contribución del Gasto fiscal al Gasto Público en salud aumentó desde un 33,3% en 1989 a un 46,1% en el año 2000.

¹ Ver Anexo.

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

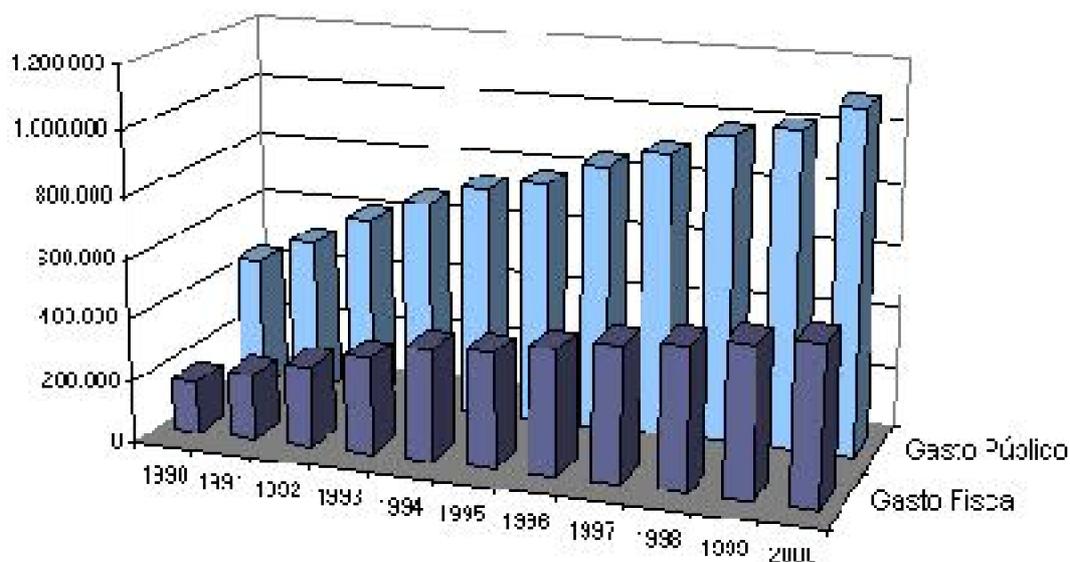


Gráfico 4.1 Gasto Público y Fiscal en salud, 1990-2000, (Millones de pesos del año 2000)

Fuente: Ministerio de Hacienda

4.1.2 Participación del Gasto Público y Fiscal en salud en el Gasto Social

2

En el año 2000, el 17,6% del Gasto Público Social correspondía al Gasto Público en salud. Durante el período comprendido entre 1989-2000 se observa un incremento de un 1,8% en este porcentaje de participación³.

La participación del Gasto Fiscal del sector salud en el Gasto Fiscal Social presenta un aumento del 2,1%, alcanzando el 9,6% de participación en el año 2000.

² El Gasto Público Social corresponde al gasto en funciones sociales, como educación, salud, vivienda, previsión y subsidios monetarios.

³ Ver anexo.

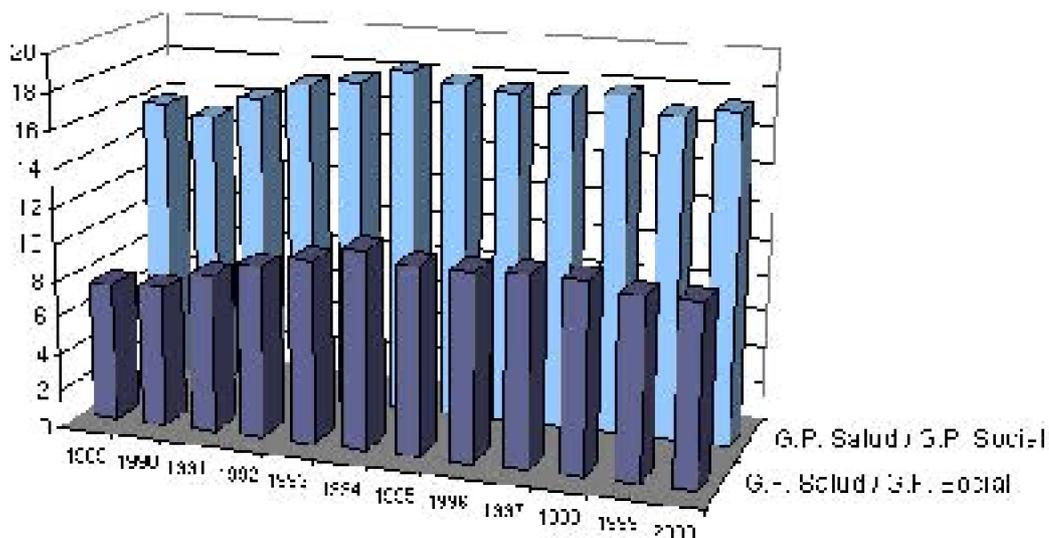


Gráfico 4.2 Gasto Público en salud/Gasto Público Social, Gasto Fiscal en salud/Gasto Fiscal Social 1990-2000 (Porcentaje).

Fuente: Ministerio de Hacienda

4.1.3 Participación del Gasto Público y Fiscal en salud en el PIB

El porcentaje de participación del Gasto Público en salud en el PIB aumentó desde un 2,1% en 1989 a un 2,9% en 2000. A su vez el Gasto Fiscal en salud presentó un incremento del 0,7% a un 1,35% durante el mismo período⁴.

⁴ Ver Anexo

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

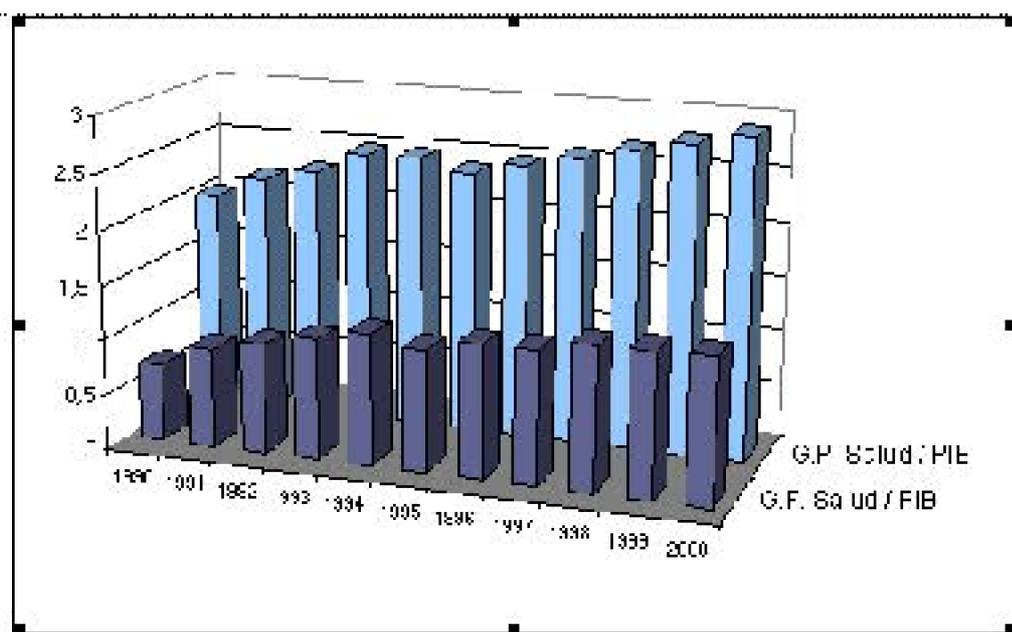


Gráfico 4.3 Gasto Público en salud/PIB, Gasto Fiscal en salud/PIB, 1990-2000 (Porcentaje)

Fuente: Ministerio de Hacienda

4.1.4 Gasto Público y Fiscal en salud per cápita

5

El Gasto Público en salud per cápita ascendió a \$110.217 en el año 2000, alcanzando una variación del 132,4% entre 1989-2000 y un crecimiento promedio anual del 8%.

Por otra parte se observa que el Gasto Fiscal en salud per cápita ascendió a \$ 50.857, presentando un crecimiento acumulado del 222,2% durante el período, con un crecimiento anual promedio del 11,2%.

⁵ Se considera sólo a la población beneficiaria del sistema público de salud

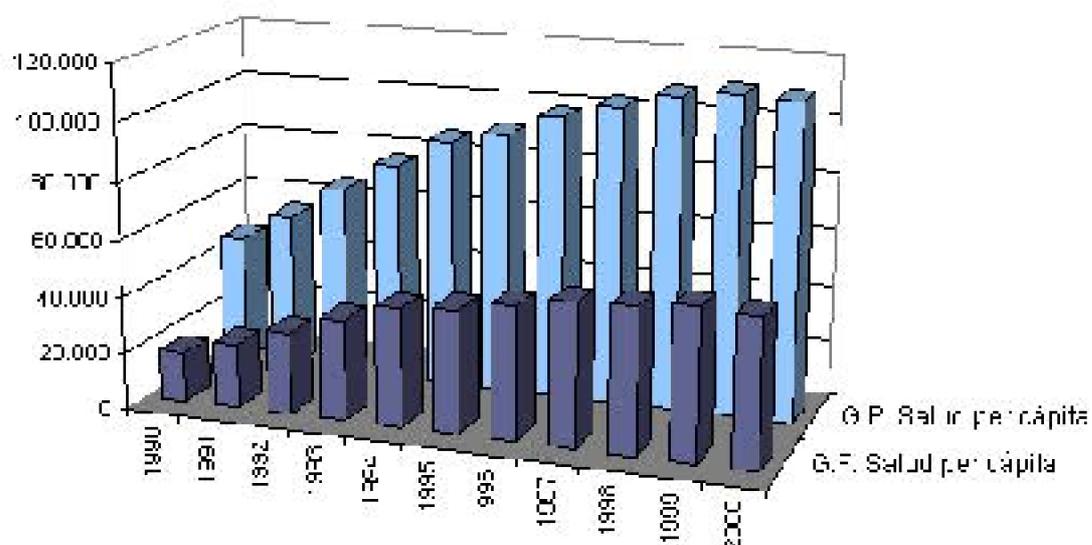


Gráfico 4.4 Gasto Público y Fiscal per cápita en salud, 1990-2000 (pesos del año 2000)

Fuente: Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud

4.1.5 Presupuesto del Sector Público de Salud año 2004

La tabla y los gráficos siguientes revelan que las mayores fuentes de financiamiento del sector público de salud para el año 2004 son las transferencias (cotizaciones) con un 40% y el aporte fiscal con un 29%.

Los mayores egresos del sector público de salud en el año 2004 son las transferencias corrientes con un 51% el gasto en personal con un 22%, y las prestaciones previsionales con un 13%.

Tabla 4.1 Presupuesto del sector público de salud (miles de pesos)

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

INGRESOS	
Ingresos de operación	71.326.453
Ventas de activos	442.644
Recuperación de préstamos	5.484.234
Transferencias	1.017.208.454
Otros ingresos	119.729.298
Imposiciones Previsionales	553.080.179
Aporte fiscal	727.086.511
Operaciones de años anteriores	12.036.230
Saldo inicial de caja	1.616.163
Total	2.508.010.166
GASTOS	
Gastos en personal	545.264.898
Bienes y servicios de consumo	252.498.788
Bienes y servicios para producción	903.886
Prestaciones previsionales	338.293.882
Transferencias corrientes	1.263.004.713
Inversión real	38.175.769
Inversión financiera	16.618.891
Transferencias de capital	2.099.552
Servicios de deuda pública	14.062.261
Operaciones de años anteriores	35.091.503
Otros compromisos pendientes	50.627
Saldo final de caja	1.945.396
Total	2.508.010.166

Fuente: Ley de Presupuesto del Sector Público año 2004

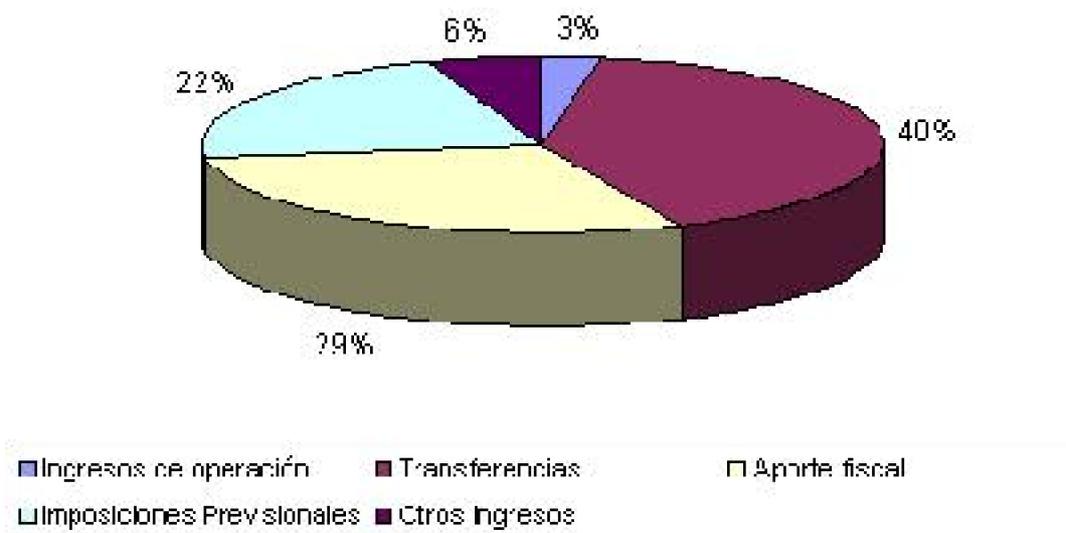


Gráfico 4.5 Principales componentes del Ingreso del Sector público de Salud, año 2004

(Porcentajes)

Fuente: Ley de presupuesto del Sector Público año 2004

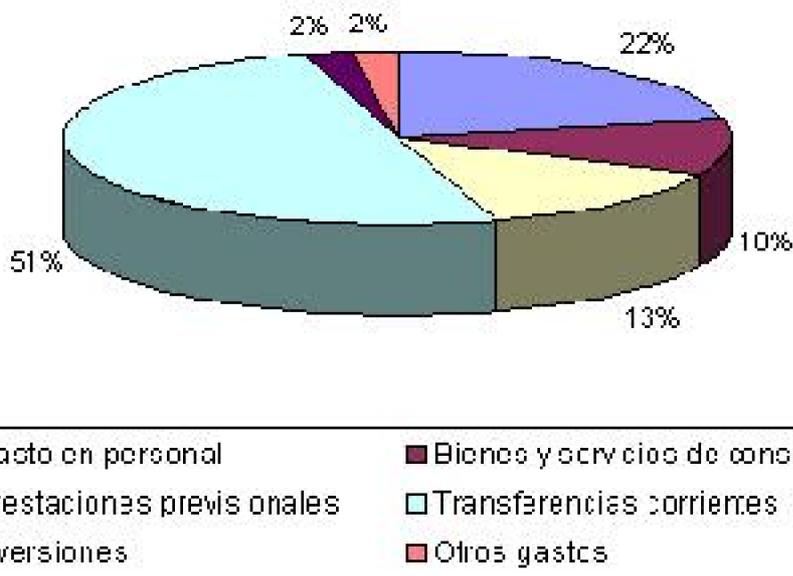


Gráfico 4.6 Principales componentes del Gasto del Sector público de Salud, año 2004 (Porcentajes)

Fuente: Ley de presupuesto del Sector Público año 2004

4.1.6 Evolución de los componentes del Gasto del Sector Público de Salud

Si se realiza un análisis de cómo ha sido la evolución de los componentes más relevantes del gasto público en salud, se observa que desde el año 1990 al 1999 todos se incrementaron a más del doble, con excepción del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) que disminuyó.

Los componentes del gasto en salud que presentaron las mayores alzas durante la década de los noventa fueron los rubros: inversiones con un alza del 375%, la atención primaria con el 257% y el gasto en personal con un incremento del 201%. Es importante destacar que gran parte del crecimiento del gasto en estos rubros se generó durante la primera mitad de la década en cuestión, mientras que durante la segunda mitad comienza una fuerte desaceleración del ritmo de crecimiento en estos rubros. En el caso particular del ítem inversiones, se observa que entre los años 1990 y 1995 este rubro aumentó en un 540% y durante la segunda mitad de la década disminuyó en un 26%.

En esta segunda mitad de los noventa, el gasto por concepto de Modalidad de Libre Elección (MLE) continúa expandiéndose a tasas elevadas al igual que en la primera mitad del período. Por su parte el gasto en subsidios por incapacidad laboral (SIL)⁶ comienza a tener mayor dinamismo, presentando un crecimiento del 89% durante la segunda mitad

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

de la década de los noventa.

Tabla 4.2 Evolución de los componentes del sector público de salud (Miles de millones de pesos de 1999)

Año	Personal	Bienes y Servicios	Atención Primaria	MLE	SIL	PNAC	Inversiones	Otros	Total
1990	135.878	96.784	26.716	52.911	20.757	34.756	8.745	24.992	401.538
1991	162.339	124.571	32.265	57.584	21.942	37.113	11.828	26.415	474.056
1992	195.421	129.619	36.782	67.289	23.08	38.885	51.644	33.243	575.964
1993	244.53	138.227	37.607	75.898	23.233	39.062	48.789	40.29	647.635
1994	280.31	152.017	46.099	81.622	26.207	31.591	59.669	46.128	723.643
1995	310.888	157.114	55.052	87.562	28.818	31.528	56.002	54.532	781.497
1996	339.855	174.906	65.834	96.293	33.851	34.188	56.619	60.077	861.622
1997	372.196	179.99	71.549	106.448	39.043	29.279	54.204	65.397	918.105
1998	393.716	194.401	84.643	128.25	48.597	25.884	46.863	82.321	1.004.674
1999	409.076	223.81	95.421	136.311	54.602	21.952	41.553	95.968	1.078.692
Cambio (%) 90-95	129	62	106	65	39	-9	540	118	95
Cambio (%) 95-99	32	42	73	56	89	-30	-26	76	38
Cambio (%) 90-99	201	131	257	158	163	-37	375	284	169

Fuente: Fonasa

En la tabla 4.3 se observa que el gasto en Personal es el componente del gasto que presenta la mayor participación en el gasto público del sector salud, el cual comienza la década con una participación del 33,8% y crece en términos relativos hasta alcanzar el 37,9% de participación en 1999.

El gasto en Bienes y Servicios representa el segundo componente más relevante en el gasto total, sin embargo este ítem ha ido perdiendo participación relativa, pasando de un 24,1% a un 20,7%.

El componente que sigue en el rango de importancia es el gasto por concepto de la MLE, rubro que también va disminuyendo su participación desde un 13,2% en 1990 a un 12,6% en 1999.

El gasto en Atención Primaria incrementó levemente su participación de un 6,7% a un 8,8%, sin embargo en este componente se excluyen las Transferencias Municipales,

⁶ En esta cuenta se incluyen tanto los subsidios pagados directamente con cargo a los servicios de salud, como también el déficit en las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF).

las cuales presentaron un crecimiento del 350% durante el período. Al incluir estas transferencias, el gasto en atención primaria incrementa su participación en el gasto total de un 9% en 1990 a un 13% en 1998.

Con respecto a la evolución del PNAC, se aprecia una disminución de la contribución de este componente en el gasto total en salud de un 8,7% a tan sólo un 2% en 1999. En términos absolutos, la disminución es de \$ 12.804 millones de pesos entre el año 1990 y 1999.

Durante la primera mitad de la década de los noventa, el ítem inversiones refleja una tendencia a incrementar su aporte al gasto total. El mayor incremento se produjo en el año 1992 cuando el gasto en inversiones representó el 9% del gasto en salud. A partir del año 1995 este componente comienza a disminuir su participación hasta alcanzar el 3,9% al final de la década.

Tabla 4.3 Evolución de la participación de los componentes del gasto del Sector Público de Salud (Porcentajes)

Año	Personal	Bienes y Servicios	Atención Primaria	MLE	SIL	PNAC	Inversiones	Otros	Total
1990	33.8	24.1	6.7	13.2	5.2	8.7	2.2	6.2	100
1991	34.2	26.3	6.8	12.1	4.6	7.8	2.5	5.6	100
1992	33.9	22.5	6.4	11.7	4.0	6.8	9.0	5.8	100
1993	37.8	21.3	5.8	11.7	3.6	6.0	7.5	6.2	100
1994	38.7	21.0	6.4	11.3	3.6	4.4	8.2	6.4	100
1995	39.8	20.1	7.0	11.2	3.7	4.0	7.2	7.0	100
1996	39.4	20.3	7.6	11.2	3.9	4.0	6.6	7.0	100
1997	40.5	19.6	7.8	11.6	4.3	3.2	5.9	7.1	100
1998	39.2	19.3	8.4	12.8	4.8	2.6	4.7	8.2	100
1999	37.9	20.7	8.8	12.6	5.1	2.0	3.9	8.9	100

Fuente: Fonasa

4.1.7 Observaciones Generales

Claramente se aprecia que durante la década de los noventa los gobiernos han incrementado el gasto público en salud significativamente. Este incremento en los recursos destinados a la salud refleja la importancia que se le ha dado al sector y las intenciones que han tenido los últimos gobiernos en solucionar los problemas existentes en esta materia. Por ejemplo, en la primera mitad de la década de los noventa se incrementó el gasto destinado a Inversión, a Personal y a la Atención Primaria, con el objeto de mejorar las ineficiencias en infraestructura y equipamiento en la red de atención pública, así como la escasez de recursos humanos calificados.

De acuerdo a lo visto en esta sección, se concluye que los aumentos del gasto en salud durante la década de los noventa se han financiado principalmente por los

incrementos en los ingresos tributarios, incrementos que se explican tanto por la reforma tributaria como por el crecimiento económico del país.

Por otro lado, se puede apreciar que durante el período de análisis, el sector salud ha tomado mayor relevancia en la política social y pese a que los recursos se han dirigido prioritariamente al sector educación, el sector salud continúa siendo la segunda prioridad en el gasto social⁷.

4.2 Cobertura de los sistemas previsionales de salud

A continuación se describirá el nivel de cobertura que presentan los sistemas previsionales de salud. Este tema resulta interesante de analizar, considerando que el objetivo del trabajo se relaciona con evaluar la focalización del gasto público en salud.

De esta forma se tendría que observar que si los recursos están bien focalizados, el sistema público tendría que entregar una alta cobertura, especialmente a la población de escasos recursos.

4.2.1 Distribución de la población según sistema previsional de salud

El sistema de salud chileno se caracteriza por tener a la mayor parte de la población afiliada al sector público. Es así como se observa que en el año 2000 la afiliación era del 66,5% en el sistema público y tan sólo del 19,8% en el sistema de Isapres.

Entre el año 1990 y 1996 se aprecia un traslado de cotizantes desde el sistema público de salud (Fonasa) al sistema privado de las Isapres. El sistema público disminuyó su porcentaje de afiliación de un 74,5% en 1990 a un 59,6% en el año 1996, mientras que el sistema Isapre aumentó su participación de un 8,7% a un 24,7% durante este período. A partir del año 1998 se observa un quiebre en esta tendencia, registrándose un incremento en la cobertura pública y un descenso en la cobertura privada del sector salud. Este reposicionamiento del sistema público podría explicarse por los efectos que provocó en el país la crisis económica internacional durante este período.

Tabla 4.4 Distribución de la población según sistema previsional de salud (Porcentajes)

⁷ En este análisis se excluye del gasto social, el gasto destinado a previsión.

⁸ Particular corresponde a la persona que no posee ningún sistema de previsión.

Sistema de salud	AÑOS					
	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Público	67,6	62,6	63,4	59,6	61,9	66,5
FF.AA	2,5	2,7	2,7	3,1	2,9	3,1
ISAPRE	15,1	20	23,7	24,7	23	19,8
Particular ⁸	12	12,3	8	11	10,9	9,7
Otro Sistema	1,5	0,8	0,9	0,5	0,3	0,4
No sabe	1,4	1,6	1,3	1	0,9	0,6
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuestas CASEN 1990-2000

4.2.2 Distribución de la población según sistema previsional y quintil de ingreso.

Si se observan cifras sobre la afiliación previsional de la población de acuerdo al quintil de ingreso, se manifiesta una estrecha relación entre el nivel de ingreso de las personas y el tipo de afiliación. En el año 2000 el 87,7% de la población del primer quintil de ingresos pertenecía al sistema público, mientras que en el último quintil la afiliación era de tan sólo el 30,6%.

En el sector de salud privado sucede lo inverso, la afiliación es mayor en los quintiles más altos. De hecho, en el gráfico 4.5 se observa que el porcentaje de cobertura del sistema de salud privado aumenta de un 3,2% en el primer quintil a un 53,7% en el quinto.

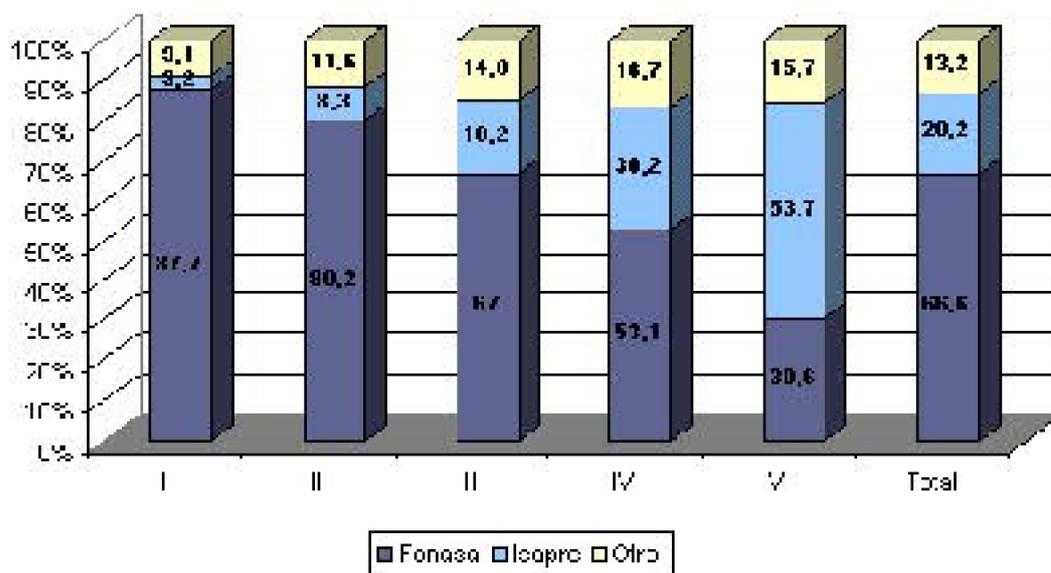


Gráfico 4.7 Sistema previsional de la población según quintil de ingreso, año 2000

⁸ Particular corresponde a la persona que no posee ningún sistema de previsión.

(Porcentajes)

Fuente: Encuesta CASEN 2000

4.2.3 Distribución de la población según sistema previsional de salud y sexo.

Al observar la afiliación de la población en los sistemas de salud según el sexo, se destaca que las mujeres presentan una inscripción mayor en Fonasa en comparación con el porcentaje de afiliación de los hombres. En el año 2000, el 69.1% de las mujeres se encontraban asociadas al sistema público, mientras que en el caso de los hombres el porcentaje de afiliación era de un 63.7%. Comparando este resultado con el año 1998, se aprecia que la incorporación de las mujeres a Fonasa se acentúa en el año 2000, mientras que la de los hombres disminuye, provocando un leve aumento de la brecha de afiliación entre hombres y mujeres de un 4,8% en 1998 a un 5,4% en 2000.

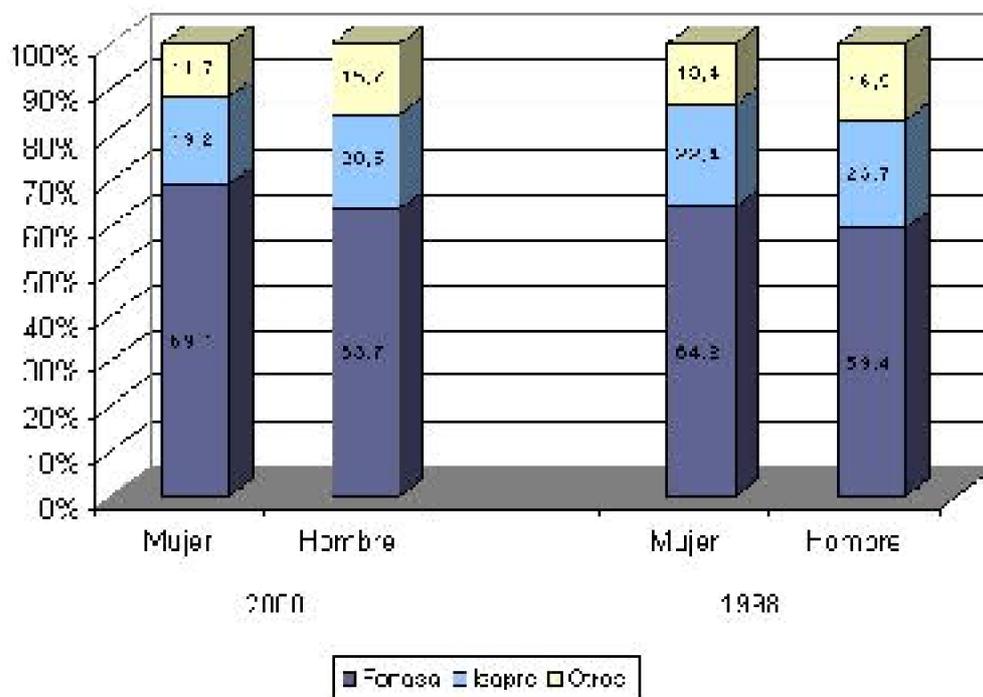


Grafico 4.8 Sistema previsional de salud de la población por sexo (Porcentajes)

Fuente: Encuesta CASEN 1998 y 2000

4.2.4 Distribución de la población según sistema previsional y tramo de edad.

La distribución del sistema previsional de salud según los tramos de edad, muestra la importancia de la cobertura del sistema público, especialmente en las personas mayores de 60 años y en los niños menores de un año. Ambos segmentos de la población

presentan una adscripción al sistema público mayor al promedio. En el caso de las personas mayores de 60 años un 80% estaba adscrito al sistema público en 2000, mientras que tan sólo el 7,6% de este grupo pertenecía al sistema privado de salud.

El tramo de edad que presenta la mayor afiliación al sistema Isapre (23,5%), corresponde a los adultos entre 30 y 49 años de edad, es decir, personas que presentan un menor riesgo de enfermedad.

Tabla 4.5 Sistema previsional de la población por tramo de edad, año 2000 (Porcentajes)

Sistema previsional de salud	Tramo de edad								Total
	< 1	1 - 5	6 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 49	50 - 59	> 60	
Público	69,6	70,4	69	66,6	59,3	62,1	66,5	80,4	66,5
FF.AA	3,6	2,2	2,6	3,7	2,5	2,9	3,4	5,3	3,1
ISAPRE	21,5	22,2	20,9	18,4	20,5	23,5	19,2	7,6	19,8
Particular	5	4,8	7	10,4	15,9	10,6	9,9	5,9	9,7
Otro	0	0,2	0,2	0,3	0,7	0,3	0,5	0,3	0,4
No	0,2	0,2	0,3	0,6	1,1	0,6	0,5	0,5	0,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta Casen 2000

4.2.5 Distribución de la población según sistema previsional de salud y región

Al analizar el sistema de previsión en las regiones del país, se aprecia, que en el sistema público, la adscripción varía entre el 48,3% y el 77,5% según la región, mientras que en el sistema privado varía entre un 9,9% y 39,9%. Es importante destacar que existe una correlación positiva entre el nivel de pobreza de la región y la afiliación al sistema público, es así como se observa que los mayores porcentajes de afiliación al sistema público corresponden a la VII, VIII y IX región, las cuales presentan altos niveles de pobreza. Por otro lado la menor afiliación corresponde a la II y XII región, regiones que presentan un menor porcentaje de población pobre.

Tabla 4.9 Sistema previsional de salud de la población por región, año 2000 (Porcentajes)

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Región	Sistema de salud	Fonasa	Isapre	Otros	Población pobre
I	60,7	21,1	18,3	20,9	
II	48,3	39,9	11,9	13,9	
III	73,7	17,1	9,2	23,6	
IV	77,4	11,2	11,4	25,2	
V	69,6	14,9	15,5	19,2	
VI	74,1	14,5	11,3	20,6	
VII	76,5	9,9	13,6	25,3	
VIII	77,6	13,6	8,8	27,1	
IX	77,5	12,4	10,1	32,7	
X	72,1	12,4	15,4	24,7	
XI	65,3	15,8	18,9	14,3	
XII	51,5	27,4	21,1	10,9	
R.M	58,8	27,1	14,1	16,1	
Total	66,8	20	13,2	20,6	

Fuente: Encuesta CASEN 2000

4.2.6 Sistema previsional de salud por zona

En Chile, el porcentaje de cobertura de los sistemas de salud varía dependiendo de la zona. De esta forma, se puede apreciar que el sistema público de salud presenta un mayor porcentaje de afiliación en las zonas rurales. En el año 2000 el 86,7% de la población que habitaba en éstas zonas estaba adscrita a Fonasa, mientras que sólo el 3,6% estaba adscrito al sistema de Isapres. En los sectores urbanos la afiliación al sistema público es menor, alcanzando un porcentaje del 63,5% en el año 2000. Por otra parte el sistema privado presenta una muy baja cobertura en las zonas rurales, cubriendo tan sólo al 3,6% de la población.

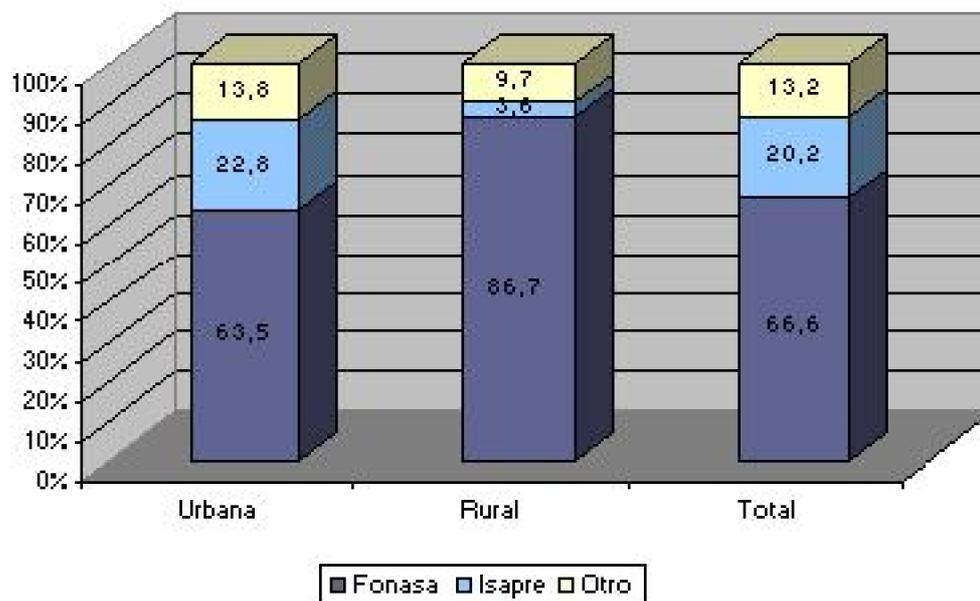


Gráfico 4.9 Sistema provisional de salud de la población por zona, año 2000 (Porcentajes)

Fuente: Encuesta CASEN 2000

4.2.7 Observaciones Generales:

De los puntos expuestos en esta sección se puede observar la destacada participación que tiene el sistema público de salud en el país. Es así como se ha observado que este sistema cubre a más de la mitad de la población.

Con respecto a la cobertura de la población pobre, se pudo apreciar una alta cobertura (mayor al 80%) en los dos primeros quintiles, lo que indicaría que los recursos públicos se están entregando principalmente a estos grupos. Estos mismos resultados pudieron ser vistos en el caso de la cobertura por regiones y por zona, donde la zona rural y las regiones más pobre del país presentan una mayor afiliación en el sistema público de salud. Sin embargo, es importante recalcar la importancia de este sistema no sólo en las personas más pobres, sino que también en aquellas personas que pertenece al tercer y cuarto quintil, donde este sistema cubre a más de la mitad de la población.

El sistema público también juega un papel preponderante en la cobertura de las personas más desvalidas, es decir, tanto en los ancianos como en las mujeres. Estos grupos tienen dificultades en acceder al sistema privado de salud por presentar mayores riesgos de empeorar su estado de salud, y en consecuencia por generan mayores costos en las atenciones.

4.3 Acceso a los servicios y prestaciones de salud

En el análisis de cobertura que se realizó en la sección anterior se concluyó que gran parte de la población de escasos recursos estaba cubierta por el sistema público. Sin embargo, resulta de gran importancia conocer si estas personas tienen efectivamente o no el acceso a los servicios de salud, ya que podrían existir barreras que lo impidieran, a pesar de estar afiliado al sistema. Estas barreras podrían ser de distinto tipo, como por ejemplo, barreras económicas, relacionadas con la falta de dinero para el pago de las atenciones, o barreras del sistema, relacionadas con la falta de capacidad de éstos para satisfacer las necesidades de salud de sus afiliados, entre otras.

A continuación se analizará, entonces, el nivel de acceso a los servicios y prestaciones de salud, utilizando datos de la encuesta CASEN 2000.

La necesidad de salud de las personas y la satisfacción de sus demandas se obtendrá en base a un seguimiento del comportamiento de la población que declaró haber tenido algún problema de salud o accidente, en el mes anterior al que fue realizada la encuesta⁹.

4.3.1 Necesidad de salud de la población según sexo y tramos de edad

De los datos obtenidos de la encuesta CASEN 2000, se desprende que del total de encuestados, el 12,9% declaró haber enfermado en el último mes, mientras que el 87,1% restante de la población no declaró enfermedad o accidente durante ese período.

Si se observa el porcentaje de la población que declaró enfermedad según sexo, se aprecia una mayor necesidad de salud en las mujeres, de hecho los datos indican que las mujeres declararon haber tenido enfermedad en un 14,8% y los hombres en un 10,9%.

Al analizar la situación según edades, se observa una mayor frecuencia de enfermedad en las personas mayores de 65 años con un porcentaje del 23,7%.

Es importante destacar al grupo de 0 a 14 años, el cual presenta la tercera mayor necesidad de salud, porcentaje que además es mayor en el grupo de los hombres que en el de las mujeres. Este tramo de edad presenta esta mayor frecuencia de enfermar, especialmente por el efecto que causan los niños menores de un año, de los cuales el 18,2% presentó alguna necesidad de salud.

Tabla 4.7 Población que declaró enfermedad según sexo y tramos de edad (Porcentajes)

⁹ Éste mes corresponde a noviembre del año 2000.

Edad	Hombres		Mujeres		Todos	
	Si	no	si	no	si	no
0-14	13,2	86,8	12,2	87,8	12,7	87,3
15-29	7	93	10,7	89,3	8,8	91,2
30-44	8,5	91,5	13,6	86,4	11,2	88,8
45-65	12,4	87,6	20,2	79,8	16,4	83,6
65 y más	19,8	80,2	26,7	73,3	23,7	76,3
Total	10,9	89,1	14,8	85,2	12,9	87,1

Fuente: Encuesta CASEN 2000

4.3.2 Necesidad de salud de la población según quintil de ingreso

Al observar el porcentaje de la población que declaró enfermedad según los quintiles de ingreso, se observa que la necesidad de salud fue relativamente similar entre éstos, con un rango que fluctúa entre el 13,3% y el 12%.

Los resultados de la encuesta permiten observar además, que las personas más pobres no necesariamente enferman con mayor frecuencia, a diferencia de lo que se podría esperar. Es así como en la tabla siguiente se observa que la frecuencia de enfermar del primer quintil es menor que la del tercero y cuarto.

Tabla 4.8 Población que declaró enfermedad según quintil de ingresos (Porcentajes)

	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Si	13,0	12,6	13,8	13,3	12,0	12,9
No	87,0	87,4	86,2	86,7	87,9	79,1
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta CASEN 2000

4.3.3 Población que declaró enfermedad y consultó según quintil de ingresos

En términos generales se observa que del total de personas que enfermaron en el último mes, el 72,2% declaró haber consultado por dicha enfermedad.

Al observar lo que ocurre en los distintos quintiles de ingreso, se puede apreciar que a medida que aumenta el nivel de ingreso es mayor el porcentaje de la población que consulta por su enfermedad. La explicación a este resultado se presentará más adelante.

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

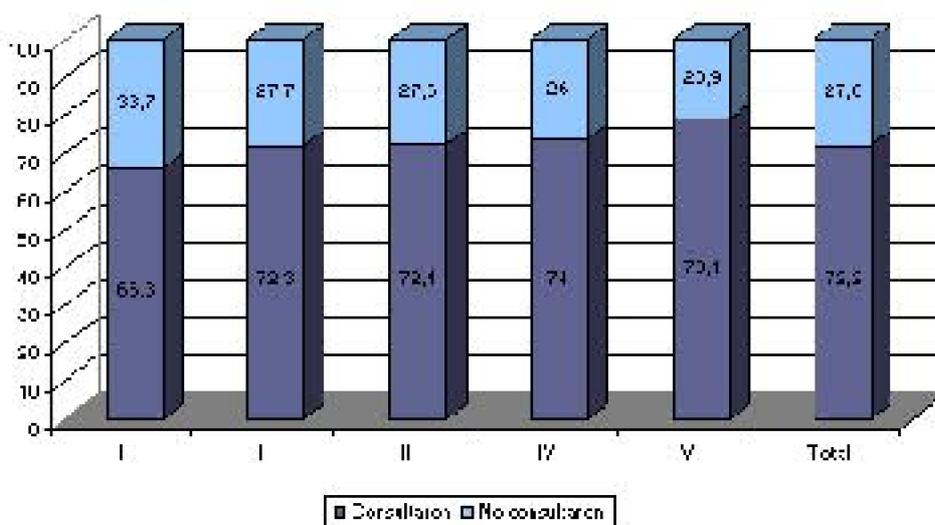


Gráfico 4.10 Distribución de la población que consultó por quintil de ingreso (Porcentajes)

Fuente: Encuesta CASEN 2000

4.3.4 Población que no consultó según razones de no consulta y quintil de ingresos

En el punto anterior, se observó que del total de personas que declararon haber tenido alguna enfermedad o accidente, el 27,8% no consultó por su enfermedad. Las principales razones de no consulta se observan en la tabla 3.9, donde se observa que mientras el 45,5% de las persona no consultó porque utilizó remedios caseros para sanar su enfermedad, el 25,3% consideró que no era necesaria la consulta. Se obtiene entonces, que en conjunto representan más del 70% de los motivos de no consulta.

Las otras razones son menos frecuentes, de esta forma, se aprecia que el 14,6% no consultó por la falta de dinero y el 3,7% porque no obtuvo hora.

Es importante notar que la no consulta por no obtener hora y por dificultad en llegar al lugar se presenta con más frecuencia en los grupos de menores ingresos. A su vez, el tercer y segundo quintil presentan el mayor porcentaje de no consulta por falta de dinero con un 17,9 y 16,6%, respectivamente.

Tabla 4.9 Distribución de la población según razones de no consulta y quintil de ingreso (Porcentajes)

	Remedios Caseros	No necesario	Faltó tiempo	Faltó dinero	No obtuvo hora	Cuesta llegar	Resto
I	49,0	18,5	5,8	15,1	5,7	4,9	1,0
II	43,8	25,8	4,7	16,6	4,1	3,1	1,8
III	36,0	29,9	8,5	17,9	2,7	2,0	3,2
IV	49,5	25,7	7,5	12,1	2,3	1,9	0,9
V	52,2	32,2	5,4	6,5	1,9	0,5	1,2
Total	45,5	25,3	6,4	14,6	3,7	2,9	1,7

Fuente: Encuesta CASEN 2000

4.3.5 Población que consultó según lugar de consulta y quintil de ingresos

Del total de las personas que declararon enfermedad y consultaron, el 60,6% consultó en establecimientos públicos y el 32,7% lo hizo en establecimientos privados.

En el caso del grupo de menores ingresos (primer quintil), mientras el 88,2% de las personas consultaron en establecimientos públicos, tan sólo el 8,1% consultó en centros de salud privados. En cambio, en los quintiles de mayores ingresos (tercer y cuarto quintil) las consultas se realizaron principalmente en establecimientos de carácter privado.

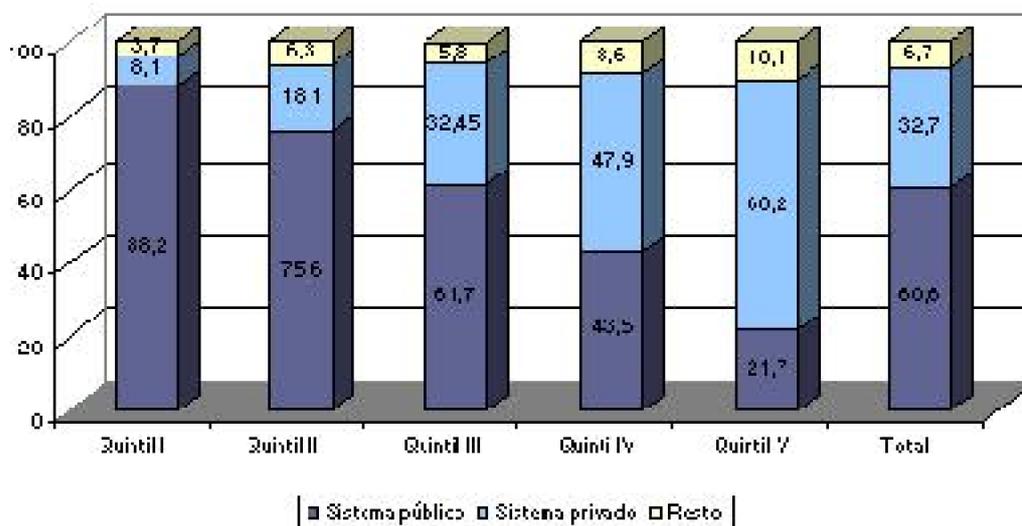


Gráfico 4.11 Distribución de la población que consultó según lugar de consulta (Porcentajes)

Fuente: Encuesta CASEN 2000

4.3.6 Acceso a los servicios de salud

Las conductas de las personas que presentaron algún problema de salud serán la base para la medición del nivel de acceso que se realizará a continuación.

Del total de personas encuestadas, el 12,9% declaró haber tenido alguna enfermedad o accidente en el mes anterior. Este grupo se dividirá entre la “demanda expresada” y la “demanda no expresada”.

La “demanda no expresada” va a estar formada por aquellas personas que se automedicaron, que no tuvieron tiempo para consultar o que no lo consideraron necesario. Estas razones de no consulta, permiten suponer que éstas personas no

presentaban una enfermedad grave que requiriera de atención médica.

A su vez, la “demanda expresada” esta compuesta por aquellas personas que sí requirieron atención médica, y se divide entre la “demanda satisfecha” y la “demanda no satisfecha. La primera corresponde a las personas que enfermaron y consultaron en los sistemas de salud tradicional ¹⁰ ; y la segunda, corresponde a aquellas personas que pese a que requerían atención, no tuvieron el acceso, tanto por falta de dinero, como porque no obtuvieron hora o simplemente porque les costó llegar.

De acuerdo a los datos de la encuesta se tiene que del 72,2% de las personas que consultaron por su enfermedad, el 93,3% consultó en el sistema tradicional. Éste 93,3% está formado por las consultas que se realizaron en el sistema público, equivalentes al 60,6%, más las consultas efectuadas en los establecimientos privados, que representan el 32,7%. El 6,7% restante de consultas corresponden a formas no tradicionales de atención, tales como farmacias, especialistas en medicina alternativa, homeópata, etc.

Por otro lado, del 27,8% de las personas que no consultaron, el 21,2% no consultó debido a que se les presentó alguna barrera para acceder a las atenciones de salud. Este 21,2% está compuesto por aquellos que no tuvieron el dinero suficiente para consultar, equivalentes al 14,6%; por los que no obtuvieron hora; correspondientes al 3,7%; y finalmente por aquellos que tuvieron dificultades para llegar a los lugares de atención, que representan el 2,9%.

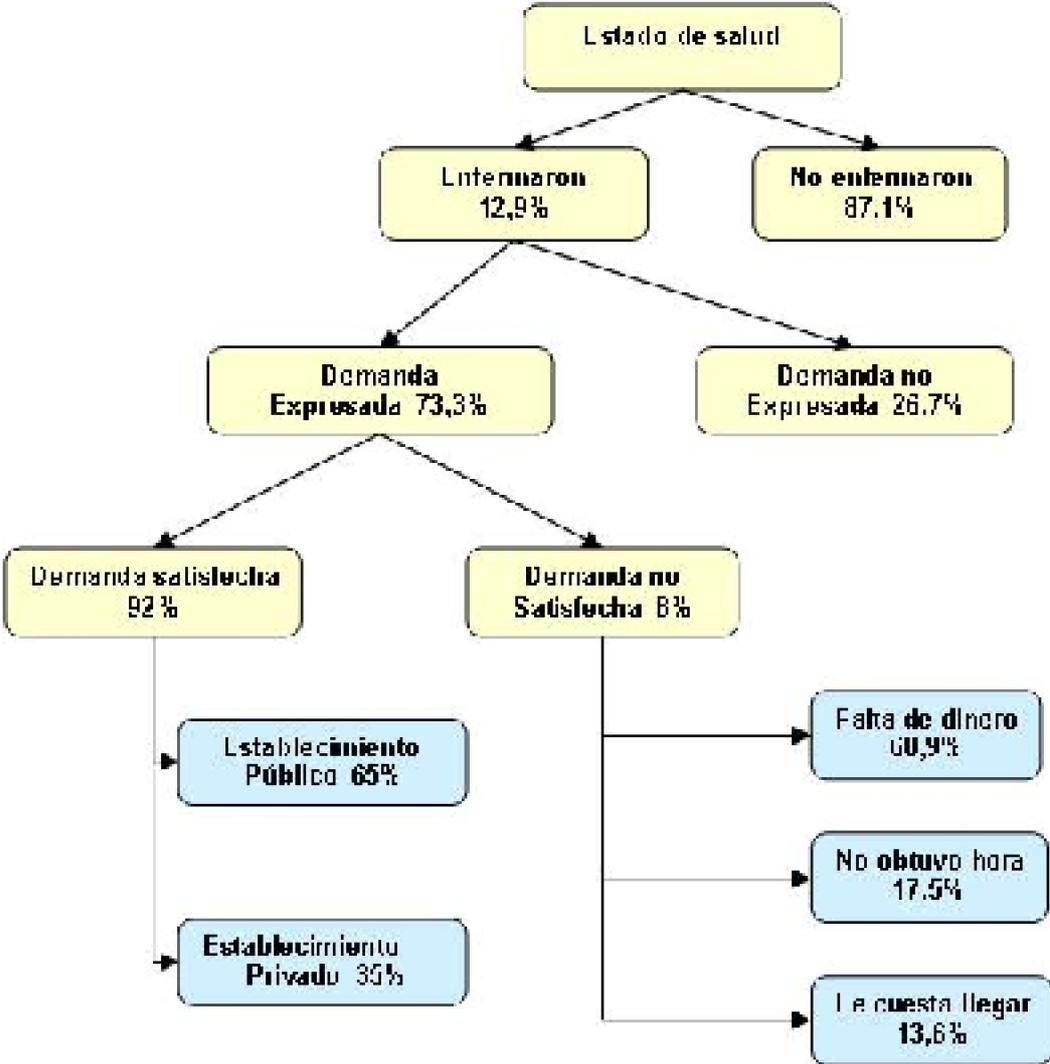
Con los datos anteriores se puede obtener que del total de personas que enfermaron, el 73,3% presentó una “demanda expresada”. De esta demanda, el 92% corresponde a la “demanda satisfecha”, es decir aquellos que tuvieron acceso a los servicios de salud, mientras que el 8% corresponde a la “demanda no satisfecha”, compuesta por aquellos que tuvieron dificultades en el acceso.

Se puede obtener también que de las personas que presentaron una demanda satisfecha, el 35% consultó en establecimientos privados y el 65% en establecimientos públicos.

Finalmente se puede destacar que del total de personas que no tuvieron acceso el 68,9% fue por motivos financieros, el 17,5% porque no obtuvo hora y el 13,6% porque le costó llegar.

El cuadro 4.1, que se presenta a continuación, muestra los principales resultados obtenidos.

¹⁰ El sistema tradicional de salud considera sólo a los centros de atención públicos y privados, se excluyen farmacias, medicina alternativa u homeópata.



Cuadro 4.1 Nivel de acceso al sistema de salud

Fuente: Encuesta CASEN 2000.

Al analizar la satisfacción de la demanda según el quintil de ingreso (Gráfico 4.12), se obtiene que en todos los quintiles de ingreso el porcentaje de satisfacción de la demanda es mayor al 88%, sin embargo, se observa que la satisfacción de la demanda incrementa hacia los quintiles más altos.

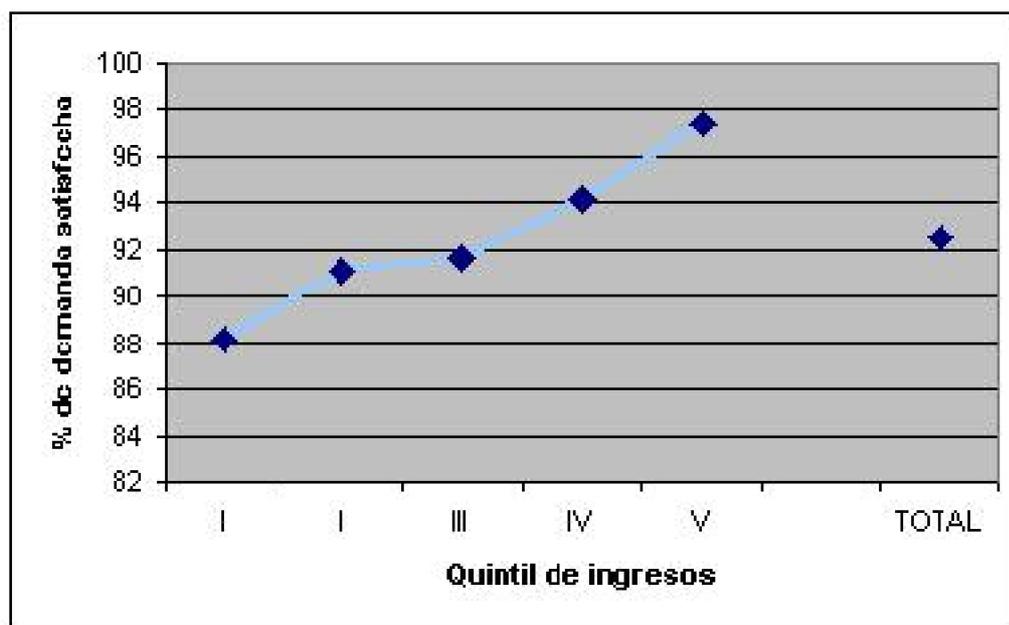


Gráfico 4.12 Demanda satisfecha por quintil de ingresos

Fuente: CASEN 2000

Observando el comportamiento de la población que no tuvo acceso a los servicios de salud según sistema previsional, se aprecia que en el sistema de Isapres, la “falta de dinero” constituye la principal barrera para acceder a las atenciones médicas, mientras que en el sistema público la barrera financiera presenta un porcentaje menor, equivalente al 58,8%. Sin embargo, en el sistema público, la “no obtención de hora” y la “dificultad para llegar” son impedimentos proporcionalmente mayores que en el sistema privado.

Tabla 4.10 Distribución de la Población según razones de no consulta y sistema previsional (Porcentajes)

	Fonasa	Isapres	resto	total
Falta dinero	58,8	95,1	82,1	68,8
No obtuvo hora	19,2	0,7	5,3	13,7
Cuesta llegar	22,1	4,2	12,6	17,5
Total	100	100	100	100

Fuente: CASEN 2000

4.3.7 Observaciones Generales

De los resultados obtenidos en esta sección y en base a la encuesta CASEN 2000, se pudo concluir que gran parte de las personas que declararon haber tenido algún problema de salud tuvieron la posibilidad de acceder a los servicios y prestaciones de salud.

Lo anterior nos indica que en general el sistema de salud chileno garantiza un alto

nivel de acceso a la población. Sin embargo, es importante destacar que este acceso no es igual para todos, en desmedro de la población de menores recursos.

El menor acceso de la población pobre está vinculado con las falencias que presenta el sistema público de salud, en cuanto a la ubicación de los centros de atención y a la capacidad que tienen éstos para satisfacer las necesidades médicas.

Lo dicho anteriormente genera, por lo tanto, consecuencias negativas sobre la equidad del sistema de salud chileno, el cual asigna a las personas según su nivel de ingreso en sistemas que presentan distintos grados de acceso a las prestaciones de salud.

A lo largo de esta sección se ha podido observar también, que los grupos que presentan mayores necesidades de salud, son las mujeres y la población anciana. En el análisis de la cobertura que se realizó en la sección anterior, se observó además, que estos grupos estaban afiliados principalmente en el sistema público. Lo anterior permite concluir entonces, que en el sistema público se genera una mayor demanda de prestaciones de salud, generando problemas de financiamiento y de capacidad para satisfacer esta mayor demanda.

4.4 Focalización de los subsidios públicos en salud

En Chile todas las personas que realizan una cotización del 7% de su ingreso pueden acceder al sistema público de salud, lo que indica que existe una política universal en cuanto al acceso. Sin embargo en el momento de recibir la atención de salud, los beneficiarios deben realizar un pago, cuyo valor depende del grupo en que clasifiquen según el nivel de ingreso.

En la modalidad institucional de Fonasa, las personas que clasifican en el grupo A (indigentes) y en el grupo B, tienen atención gratuita. El grupo C tiene que pagar el 10% del valor de las atenciones, mientras que el grupo D debe pagar el 20%.

De esta forma las personas que pertenecen a los grupos A y B quedan exentas del pago de las atenciones, y por lo tanto, reciben un subsidio público. En este sentido se puede decir entonces, que existe una política de focalización de los subsidios públicos dirigida hacia los más necesitados.

La focalización que realiza Fonasa es de tipo individual en base a una prueba de medios, es decir, las personas clasifican como beneficiarias de acuerdo a su nivel de ingreso. En el caso de las personas indigentes, la prueba de medio la realizan los trabajadores sociales de los servicios de salud públicos y en el caso de los beneficiarios cotizantes, la realizan funcionarios de Fonasa. Esta prueba de medios consiste en una verificación de la colilla de pago o de la declaración del ingreso del cotizante.

Todos los beneficiarios reciben una credencial de Fonasa, la cual deben presentar en el momento que requieran la atención médica.

4.4.1 Distribución de los subsidios públicos en salud según quintil de ingresos

Para evaluar el nivel de focalización de los subsidios de salud es importante analizar como se distribuye este subsidio en los distintos quintiles de ingreso. A continuación se describe la metodología que se utilizará para determinar el valor de estos subsidios.

Los subsidios públicos se obtienen del valor total de beneficios que reciben los usuarios del sistema menos los pagos que realizan, incluyendo tanto las cotizaciones como los copagos.

De esta forma lo primero que se obtendrá será el beneficio bruto, el cual consiste en la valoración monetaria de las prestaciones del sistema público en salud según quintil de ingreso. En esta valoración se incluirán las dos modalidades de atención de Fonasa y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).

Luego de obtener este beneficio bruto, se obtendrá el beneficio neto, para lo cual se requiere descontar del beneficio bruto el valor de los copagos que realizan los usuarios del sistema.

Finalmente el subsidio neto se obtiene del beneficio neto obtenido en la etapa anterior menos las cotizaciones que efectúan los afiliados a Fonasa. En la tabla 3.11 se observa la distribución de los beneficios y los subsidios de las prestaciones de salud entre los quintiles de hogares en el año 1998.

Al analizar la distribución de los beneficios netos anuales de las atenciones de salud, se observa que los mayores beneficios los obtienen las personas del primer quintil, con un monto de \$ 223.699 millones. A medida que se avanza hacia los quintiles más altos se observa una disminución de los beneficios netos, alcanzando la suma de \$46.983 millones en el último quintil, equivalente a un ingreso 4,9 veces menor que el del quintil más bajo.

Para analizar la distribución real del gasto público en salud es necesario observar la distribución de los subsidios netos, monto que se obtiene de los beneficios netos menos el pago de las cotizaciones. En la tabla 4.11 se observa que los dos primeros quintiles de ingreso recibieron el 85,4 % del subsidio de salud, mientras que el último quintil presenta un subsidio negativo, lo que indica que los beneficios obtenidos por este grupo son menores que los pagos totales que realizaron.

De este análisis se puede apreciar entonces, que pese a que existe una política universal de salud en cuanto al acceso, existe por otro lado, una política que focaliza el gasto público en los grupos de menores ingresos.

Tabla 4.11 Distribución del subsidio neto anual por prestaciones de salud según quintil de ingreso autónomo per. cápita del hogar. (Millones de pesos año 1998)

FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

Quintil de Ingresos	I	II	III	IV	V	Total
Beneficio bruto SNSS	224.436	156.350	132.265	90.670	39.645	643.366
Copago SNSS	7.128	10.401	12.950	12.599	8.296	51.374
Beneficio Neto SNSS	217.309	145.949	119.315	78.071	31.348	591.992
Beneficio Neto MLE	6.391	12.109	15.932	17.226	15.634	67.293
Beneficio Neto SNSS + MLE	223.699	158.058	135.247	95.297	46.983	659.285
Cotizaciones	22.031	51.429	67.940	80.368	81.959	303.726
PNAC	9.522	7.131	4.553	3.059	1.037	25.302
Subsidio Neto (Monto)	211.190	113.760	71.861	17.989	(33.939)	380.861
Subsidio Neto (%)	55,5	29,9	18,9	4,7	-8,9	100

Fuente: Encuesta CASEN 1998. MINSAL, Balance consolidado del SNSS y de FONASA, 1998.

Con respecto a lo ocurrido en el año 2000, se observa que el subsidio de salud se focalizó principalmente en los quintiles más pobres, de la tabla 4.12, se observa que el primer y el segundo quintil recibieron un subsidio neto mensual por hogar de \$23.058 y de \$15.798 respectivamente. En suma estos dos quintiles recibieron el 80,2% del total del subsidio neto.

El último quintil obtiene un beneficio de \$ -3.524 mensuales por hogar, equivalente a un subsidio negativo del 7,3% del subsidio total.

Al hacer una comparación de la distribución del subsidio de salud entre 1998 y 2000, se observa que en el año 2000 hay un incremento del subsidio total en todos los quintiles de ingreso, excepto en el primer quintil. Efectivamente se puede apreciar que mientras en 1998 el primer quintil recibía el 55,5% del subsidio, en el año 2000 este porcentaje disminuye al 47,5%.

En conclusión se observa que a pesar del aumento del gasto público en el sector salud entre 1998 y 2000, el quintil de menores ingresos obtuvo un porcentaje menor de subsidios, lo que refleja un empeoramiento de la focalización del gasto público en salud.

Tabla 4.12 Distribución del subsidio neto de salud mensual por hogar y Quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar, año 2000

Quintil de ingresos	I	II	III	IV	V	Promedio
Beneficio Neto SNSS + MLE	25.000	22.382	19.023	13.965	7.668	17.597
Cotizaciones	2.948	7.289	9.638	10.870	11.282	8.407
PNAC	1.006	705	447	274	91	504
Subsidio Neto (Monto)	23.058	15.798	9.832	3.369	-3.524	9.694
Subsidio Neto (%)	47,5	32,6	20,2	7,0	-7,3	20,0

Fuente: Encuesta CASEN 2000, MINSAL.

Tabla 4.13 Distribución del subsidio neto de salud mensual por hogar, año 1998

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Quintil de ingresos	I	II	III	IV	V	Promedio
Beneficio Neto SNSS + MLE	24.904	17.595	15.056	10.611	5.230	14.679
Cotizaciones	2.453	5.725	7.563	8.949	9.124	6.763
PNAC	1.060	794	507	341	115	563
Subsidio Neto (Monto)	23.511	12.664	8.000	2.003	-3.779	8.479
Subsidio Neto (%)	55,5	29,9	18,9	4,7	-8,9	20,0

Fuente: Encuesta CASEN 2000, MINSAL

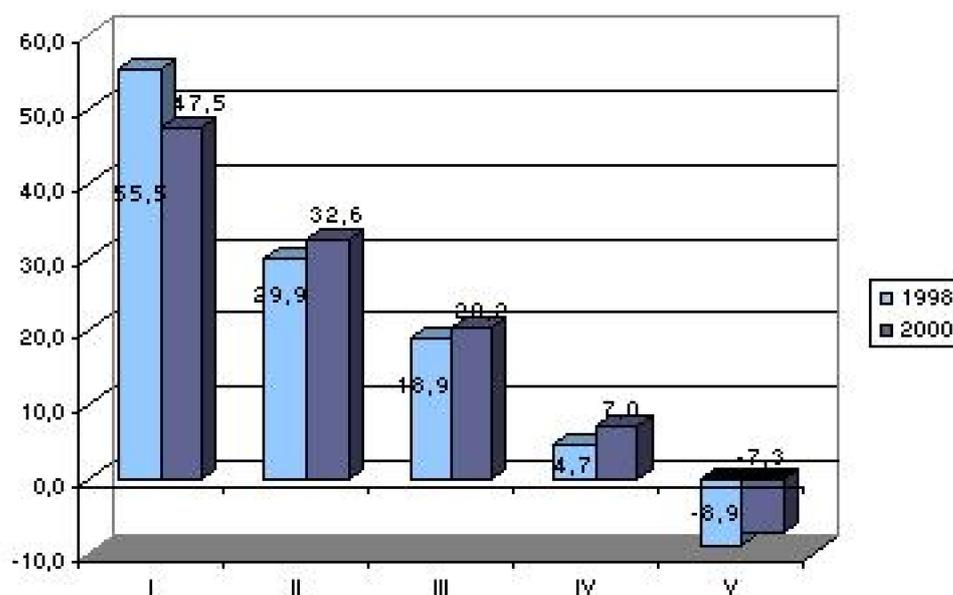


Gráfico 4.13 Distribución del subsidio neto en salud por hogar según quintil de ingreso autónomo del hogar, años 1998 y 2000

Fuente: CASEN 1998 Y 2000, MINSAL.

4.4.2 Impacto distributivo de los subsidios públicos en salud según quintil de ingresos

Como se vio en la sección 4.1, la década de los noventa se caracterizó por un incremento sostenido del gasto público en el sector salud. Es interesante entonces, analizar el impacto que ha generado este aumento del gasto público en el ingreso de las personas.

De la tabla 4.14 se puede observar que el mayor impacto de los subsidios en salud, recae en los hogares del primer quintil. Es así como se observa que en el año 1998 los hogares pertenecientes al quintil más bajo vieron incrementado su ingreso autónomo en un 27,3%. Sin embargo, en el año 2000 el impacto de los subsidios en el ingreso de este grupo disminuyó en un 2,5% en relación a 1998.

Por otro lado el gasto público presenta un impacto negativo en el último quintil de ingresos. De esta forma se aprecia que mientras en el año 1998 este grupo presenta una

FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

disminución del ingreso del hogar en un 0,3%, en el año 2000 este porcentaje disminuye a un 0,2%.

Tabla 4.14 Impacto del subsidio de salud en el ingreso mensual del hogar año 1998

Quintil de ingresos	ingreso promedio	Subsidio	Ingreso Total	Incremento
I	86.075	23.511	109.586	27,3%
II	186.543	12.664	199.207	6,8%
III	272.956	8.000	280.956	2,9%
IV	448.986	2.003	450.989	0,4%
V	1.338.336	-3.779	1.334.557	-0,3%
Promedio	466.589	8.479	475.068	1,8%

Fuente: Encuesta CASEN 1998, MINSAL.

Tabla 4.15 Impacto del subsidio de salud en el ingreso mensual del hogar, año 2000

Quintil de ingresos	ingreso autónomo	Subsidio	Ingreso Total	Incremento
I	92.963	23.058	116.021	24,8%
II	200.855	15.798	216.653	7,9%
III	302.695	9.832	312.527	3,2%
IV	455.052	3.369	458.421	0,7%
V	1.420.648	-3.524	1.417.124	-0,2%
Promedio	494.576	9.694	504.270	2,0%

Fuente: Encuesta CASEN 2000, MINSAL.

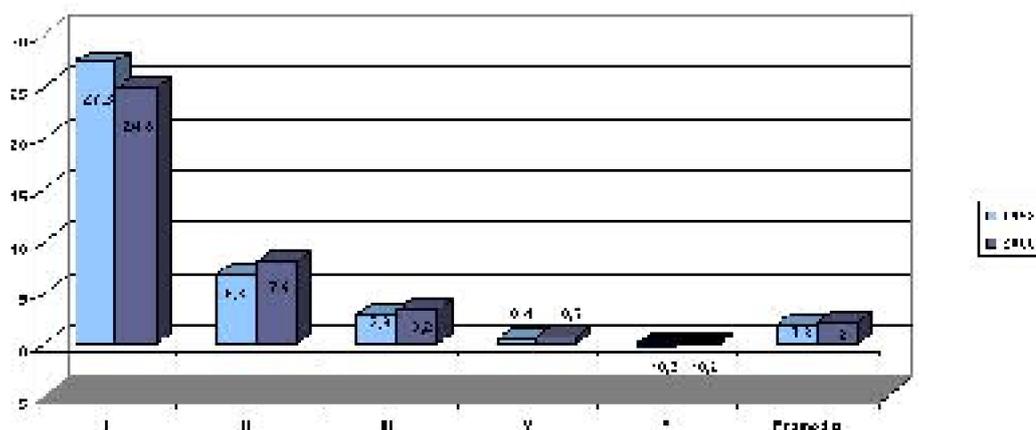


Gráfico 4.14 Impacto del subsidio de salud en el ingreso mensual del hogar según quintil de ingreso autónomo, año 1998 y 2000

Fuente: Encuesta CASEN 1998 y 2000, MINSAL.

Si nos enfocamos solamente en los hogares pobres y analizamos el impacto del gasto en salud en el ingreso de éstos según el grado de pobreza, se observa que los

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

subsidios en salud generan un incremento en el ingreso del 63,7% en los hogares indigentes y un 19% de incremento en el ingreso de los hogares pobres no indigentes. Si se toma en cuenta el total de pobres, es decir tanto los indigentes como los pobres no indigentes, el incremento en el ingreso de este grupo es de un 24,1%.

Tabla 4.16 Incremento en el ingreso mensual del hogar según situación de pobreza, año 2000

Hogares	Ingreso autónomo	Subsidio	Ingreso Total	Incremento
Indigentes	41.889	26.694	68.583	63,7%
Pobres no indigentes	121.319	22.994	144.313	19,0%
Total de pobres	99.385	23.980	123.365	24,1%

Fuente: CASEN 2000, MINSAL.

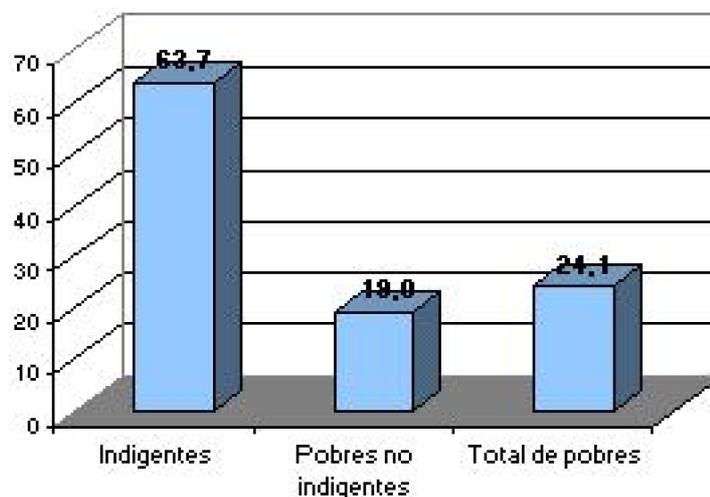


Grafico 4.15 Incremento en el ingreso mensual autónomo de los hogares según situación de pobreza, año 2000 (Porcentajes)

Fuente: CASEN 2000, MINSAL.

4.4.3 Observaciones Generales

De esta sección se puede concluir que en el año 2000 más del 80% de los subsidios públicos en salud iban dirigidos a los dos primeros quintiles de la población, indicando un alto grado de focalización de los recursos públicos.

Pese a este resultado, si hacemos una comparación con el año 1998, se observa que en el año 2000, el primer quintil presenta una disminución en la participación de los subsidios públicos de salud, mientras que los demás quintiles reciben un mayor porcentaje de este subsidio. En relación a esto se observa que a pesar del incremento del gasto público en salud en el año 2000, la focalización de estos recursos presentó un

deterioro.

4.5 Rendimiento del gasto público en salud

De las secciones anteriores se ha podido obtener una visión general de aspectos importantes en el sector salud, relacionados con la cobertura, el acceso, el gasto público y su impacto. Las conclusiones que se han obtenido de estos análisis reflejan que el gasto público en salud llega principalmente a los quintiles de bajos ingresos. Sin embargo, es necesario conocer también, que tan eficiente ha sido la asignación de estos recursos públicos en salud.

Para completar el análisis, en esta sección se expondrá el tema del rendimiento del gasto público y la evolución de éste durante la década de los noventa.

En relación a lo anterior y bajo el supuesto de la eficiencia de los recursos públicos, se debería esperar como resultado, que los significativos incrementos del gasto público en salud durante la década de los noventa se hubiesen transformado en un aumento en las prestaciones de salud durante este período.

El análisis del rendimiento del gasto público que se describirá a continuación, se basa en un estudio realizado por Jorge Rodríguez y Marcelo Tokman para la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)¹¹.

El indicador de rendimiento se construyó como la razón entre el índice de las principales prestaciones valoradas¹², y el índice del nivel de gasto. El índice agregado de las prestaciones se obtuvo en base a una canasta que incluyó las principales prestaciones otorgadas por el sistema público, tanto en la Modalidad de Atención Institucional como en la Modalidad Libre Elección. Las prestaciones valoradas incluyeron consultas médicas, exámenes de laboratorio, exámenes de imagenología, anatomía patológica, intervenciones quirúrgicas y partos normales¹³.

En el caso del índice del nivel de gasto, se hicieron cuatro estimaciones. En el primer índice se considero el total de gastos del sector público en salud, excluyendo las transferencias municipales a salud primaria. En el segundo se excluyen además el gasto en Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL) y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). En la tercera estimación se incluyen las transferencias municipales y en la cuarta se excluye el gasto en inversiones.

¹¹ El estudio corresponde a la serie del Financiamiento del desarrollo n° 106, llamada "Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile".

¹² Las prestaciones están valoradas con precios del arancel de Libre Elección de FONASA de 1999.

¹³ Estas prestaciones representan el 73% del total de prestaciones financiadas por FONASA y se excluye expresamente las hospitalizaciones.

4.5.1 Estimaciones del rendimiento del gasto público en salud

Los resultados de la primera estimación se resumen en el cuadro 4.18, donde se observa que las prestaciones, durante 1990 y 1999, tuvieron un incremento del 22%. Al observar el gasto destinado a salud, se observa que este gasto creció en un 169%. En general se observa, entonces, que el gasto fue proporcionalmente mayor que lo que realmente se produjo, y por lo tanto, se aprecia una fuerte disminución del rendimiento del gasto, equivalente al 55%.

Tabla 4.18 Prestaciones valoradas/gasto total subsistema público (índice 1990 = 1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.034	1.181	0.876
1992	1.031	1.434	0.719
1993	1.027	1.613	0.637
1994	1.099	1.802	0.610
1995	1.079	1.946	0.554
1996	1.081	2.146	0.504
1997	1.096	2.286	0.480
1998	1.188	2.502	0.475
1999	1.220	2.686	0.454
Cambio 90-99(%)	22	169	-55

Fuente: Fonasa.

Al excluir del gasto total, los gastos por concepto de Subsidios por Incapacidad Laboral y el PNAC, y considerar, por lo tanto, el gasto asociado directamente a la entrega de prestaciones, se obtiene un rendimiento del gasto público menor que el obtenido anteriormente. Es así como se observa que entre 1990 y 1999, el rendimiento del gasto público disminuye en un 58%.

Tabla 4.19 Prestaciones valoradas/gasto subsistema público (excluyendo gasto en SIL y en PNAC), (índice 1990 = 1)

FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.034	1.199	0.862
1992	1.031	1.485	0.694
1993	1.027	1.692	0.607
1994	1.099	1.924	0.571
1995	1.079	2.084	0.518
1996	1.081	2.293	0.471
1997	1.096	2.456	0.446
1998	1.188	2.688	0.442
1999	1.220	2.896	0.421
Cambio 90-99 (%)	22	190	-58

Fuente: Fonasa.

En la tercera estimación se incluyó en el gasto público, las transferencias municipales. Este gasto está asociado directamente a las prestaciones de salud y para obtener, entonces, una estimación más precisa del rendimiento del gasto, es necesario incluirlo.

De los resultados obtenidos, se puede concluir que la tendencia del rendimiento, obtenida en las estimaciones anteriores, se sigue manteniendo.

Al observar la evolución del índice del gasto, se obtiene que entre 1990 y 1999, el gasto se incrementó en un 195%. Este porcentaje es mayor al obtenido en las estimaciones anteriores, debido principalmente a que se incluyeron las transferencias municipales, las cuales a su vez presentaron un incremento del 401%, durante el período.

Tabla 4.20 Prestaciones valoradas/gasto subsistema público (excluyendo gasto en SIL y en PNAC; incluyendo transferencias municipales), (índice 1990 = 1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.034	1.200	0.862
1992	1.031	1.488	0.693
1993	1.027	1.704	0.603
1994	1.099	1.940	0.566
1995	1.079	2.093	0.515
1996	1.081	2.318	0.466
1997	1.096	2.492	0.440
1998	1.188	2.730	0.435
1999	1.220	2.947	0.414
Cambio 90-99 (%)	22	195	-59

Fuente: FONASA, SUBDERE.

Para obtener una mayor precisión, en una cuarta estimación, se excluyeron del gasto público del sistema público, las inversiones que presentaron rezagos. Estos rezagos

4. EVALUACIÓN DE LA FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

podrían tener efectos positivos en las prestaciones de salud y, por lo tanto, estaría afectando el valor real de la producción de las prestaciones.

Por la dificultad en determinar el porcentaje preciso de inversiones que deberían excluirse, se excluyeron el total de las inversiones.

En esta estimación se obtiene una disminución en el rendimiento del gasto público en un 58%, durante la década de los noventa, porcentaje que no varía mucho en relación a los resultados obtenidos en las estimaciones hechas previamente. Estos resultados reflejan que las inversiones en el sector salud no presentan un rezago importante.

Tabla 4.21 Prestaciones valoradas/gasto subsistema público (excluyendo gasto en SIL y en PNAC e Inversiones; incluyendo transferencias municipales), (índice 1990 = 1)

Año	Producción	Gasto	Indicador
1990	1.000	1.000	1.000
1991	1.034	1.196	0.865
1992	1.031	1.376	0.749
1993	1.027	1.607	0.639
1994	1.099	1.817	0.605
1995	1.079	1.984	0.544
1996	1.081	2.213	0.489
1997	1.096	2.398	0.457
1998	1.188	2.664	0.446
1999	1.220	2.901	0.420
Cambio 90-99 (%)	22	190	-58

Fuente: FONASA, SUBDERE

4.5.2 Observaciones Generales

Del estudio sobre el rendimiento del gasto público en salud, descrito en esta sección, se puede concluir, que los significativos aumentos de los recursos públicos de la década de los noventa, no se tradujeron en incrementos proporcionales en las prestaciones de salud. Esto se debe principalmente a que durante este período, el rendimiento del gasto público presentó una fuerte tendencia a declinar, con una tasa promedio anual del 5,3% aproximadamente.

Dentro de las causas que podrían estar explicando este bajo rendimiento, se puede nombrar las ineficiencias tanto en la producción del gasto agregado de los servicios de salud como del gasto en personal. En el último caso, los resultados pueden ser derivados del fuerte incremento de las remuneraciones del personal de salud, durante los noventa, que tenían la finalidad de recuperar el poder adquisitivo.

Es importante considerar, que puede existir también un problema de gestión de los recursos humanos en este sector, que se apoyan en la evidencia existente de prácticas como ausentismo laboral, exceso de licencias médicas, incumplimiento de horarios, etc.

Otra de las posibles causas del rendimiento pueden deberse al comportamiento de algunos componentes del gasto, como es el caso de los Subsidios por Incapacidad Laboral, y la Modalidad de Libre Elección. El primero presentó un crecimiento significativo, especialmente en la segunda mitad de los noventa. Si se observa a su vez, la evolución de los cotizantes y su nivel de ingresos, y el nivel de salud de las personas, éstos no representan elementos que justifiquen este crecimiento del componente SIL. Lo anterior podría reflejar un uso excesivo de este subsidio.

La Modalidad de Libre Elección también presentó un alto crecimiento durante la década de los noventa, comportamiento que se podría explicar por el incremento excesivo en las demanda de las prestaciones de salud, que se derivan de los efectos causados por la asimetría de información que existe entre los médicos y los pacientes, y por el hecho de que los usuarios deben pagar sólo una parte de las prestaciones de salud.

En conclusión se puede percibir que los recursos públicos se distribuyen principalmente en las personas de menores ingresos, pero la cantidad de recursos que llegan no son proporcionales a los significativos incrementos que presenta el gasto público destinado al sector salud.

5. CASOS INTERNACIONALES

En este capítulo se hará alusión a tres países que presentan sistemas de salud considerados dentro de los mejores del mundo de acuerdo a sus niveles de efectividad, de eficiencia y de equidad.

Resulta interesante conocer el funcionamiento del sistema de salud de estos países para realizar comparaciones con el caso chileno y extraer de estas experiencias ideas que aporten al mejoramiento del sistema de salud.

En las siguientes secciones se hará una breve descripción de los rasgos más destacados del sistema canadiense, el francés y el español, en relación a la cobertura que entregan, el sistema de financiamiento, organización, etc.

5.1 El sistema de salud canadiense

Canadá se ha destacado durante varios años por ser el país con mejor calidad de vida en el mundo, según el Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas.

Uno de los principales factores que han influido en que este país presente una distinción de este tipo, ha sido el sistema de salud y las bases en que se sustenta.

Canadá se caracteriza por tener un sistema de seguro médico universal, consagrado en la ley canadiense de salud, que establece cinco principios fundamentales:

Universalidad: Todos los residentes del país están cubiertos por el régimen de seguro de salud.

Integridad: Todos los servicios considerados como médicamente necesarios deben ser proporcionados gratuitamente por los hospitales y los médicos.

Accesibilidad: No debe existir ninguna barrera para la obtención de atención médica.

Transferibilidad: La cobertura del régimen de seguro de salud se aplica a todos los residentes, cualquiera sea el lugar de atención médica en el país.

Gestión pública: La administración del sistema de salud debe ser pública y no debe buscar ningún lucro.

De esta forma se puede apreciar que el criterio subyacente al sistema canadiense de seguro público de salud se basa en el hecho de que nadie puede verse privado de atención médica y del acceso a los servicios hospitalarios y de salud por falta de recursos económicos.

Pese a que el sistema de seguro médico canadiense (Medicare) tiene alcance nacional, este no es monopolizado por el gobierno. La constitución canadiense delega la responsabilidad de las atenciones de salud a los gobiernos provinciales y territoriales. De esta forma en Canadá existen 12 sistemas de salud, correspondientes a 10 provincias y dos territorios (Yukón y Noroeste), más uno bajo jurisdicción federal.

Las provincias tienen la responsabilidad de administrar, organizar y ofrecer los servicios, además de financiar y regular las actividades de los profesionales de la salud.

De esta forma las provincias administran autónomamente los fondos destinados a salud y cada jurisdicción tiene suficiente margen de maniobra para decidir como se invertirán esos fondos.

Por su parte, el gobierno federal establece el marco legal y los principios básicos del sistema. A pesar de que los sistemas provinciales y el sistema federal son independientes y autónomos, el sistema canadiense de seguro médico es nacional, en el sentido de que todos los planes de seguro médico provinciales y territoriales deben acatar los criterios nacionales fijados por la ley canadiense de salud.

La gran mayoría de los hospitales canadienses (más del 95%) son entidades sin fines de lucro, que operan como empresas independientes y son responsables de sus propios consejos de dirección. Los consejos de dirección y administradores de los hospitales controlan las operaciones de las asignaciones presupuestarias y rinden cuenta principalmente a la comunidad a la que sirven y no a la burocracia provincial. Sin embargo, deben mantener su presupuesto operativo anual dentro de los límites acordados con su respectivo gobierno provincial o territorial. Los hospitales explotados con fines de lucro representan menos del 5% del total de hospitales y esta conformado principalmente por instituciones de salud que ofrecen tratamientos de largo plazo o servicios especializados, como los que entregan los centros para el tratamiento de adicciones.

Existen otros casos en que no se rige la norma de cobertura universal del sistema de

seguro médico canadiense, por ejemplo los dentistas y farmacéuticos trabajan en forma independiente en la mayoría de los sistemas de salud, excepto cuando están directamente contratados por un hospital. En el caso de las enfermeras, aunque estas están comúnmente empleadas en los hospitales, muchas ofrecen servicios dentro del sistema comunitario de salud, por ejemplo visitando pacientes a domicilio.

En relación al financiamiento del sistema de salud canadiense, el sector público asume aproximadamente el 70% del gasto total; el porcentaje restante es financiado por los planes de seguros privados y por el pago directo de las personas. En la práctica, el sector público posee el papel fundamental de financiar el seguro de salud, en tanto que el privado financia básicamente la mayor parte de los medicamentos y la atención dental.

El gasto del sector público en salud proviene básicamente de los impuestos y es compartido entre el gobierno provincial (alrededor del 60%) y el federal (aproximadamente el 38%). La distribución se basa en datos de la población y en el PIB per cápita de los últimos tres años. El 2% restante es compartido por los gobiernos locales y los fondos de compensación de los trabajadores.

El gasto federal en salud proviene, del fondo consolidado de rentas, que incluye entre otras cosas, aranceles aduaneros e impuestos sobre la renta de las personas y compañías, sobre las importaciones y sobre el consumo. En cambio, el gasto en salud de las provincias proviene principalmente de la recolección general de impuestos.

En el seguro médico canadiense existen numerosas opciones de cobertura adicional, las cuales permiten cubrir aquellas prestaciones que no cubre el sistema público, como es el caso de los medicamentos prescritos por receta médica, servicios dentales y oftalmológicos, equipo (prótesis y sillas de ruedas). La mayoría de las veces estos servicios están cubiertos por los planes de seguros que los empleadores ofrecen a sus trabajadores.

El sistema canadiense entrega apoyo dirigido a grupos específicos de la población. El Ministerio de Salud de Canadá presta ayuda a la población autóctona para que reciban un nivel de servicio de salud igual al que recibe el resto de la población. De esta forma se les proporciona a las comunidades indígenas ciertos bienes y servicios del área de salud que de otra entidad provincial o territorial.

Además de la cobertura que entrega el gobierno federal por medio del seguro público de salud, las provincias y territorios también ofrecen un seguro para cubrir servicios de salud adicionales dirigidos a segmentos específicos de la población, tales como niños, ancianos y personas de escasos recursos.

Dentro de los servicios que incluye este seguro adicional (suplementarios a los servicios hospitalarios y médicos cubiertos por el seguro público de salud), se puede mencionar los servicios oftalmológicos y dentales, dispositivos ortopédicos para personas discapacitadas, prótesis auditivas y medicamentos prescritos por receta médica.

5.2 Sistema de salud francés

El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000, calificó el modelo de sanidad en Francia como el mejor del mundo entre los 191 estados miembros.

Los criterios utilizados por la OMS para elaborar el ranking de sistemas de salud fueron:

Nivel global de salud de la población

Desigualdades (o disparidades) dentro de la población

Nivel global de capacidad de respuesta del sistema de salud (una combinación entre satisfacción del paciente y cómo funciona el sistema)

Distribución de la capacidad de respuesta dentro de la población (percepción de la gente con diferentes niveles económicos sobre cómo son atendidos por el sistema de salud)

Distribución de la carga financiera del sistema de salud dentro de la población (quién paga los costos)

En Francia, el Estado representa un papel primordial en la administración del sistema de salud, ejerciendo control sobre las relaciones entre las instituciones de financiación, profesionales y enfermos.

Para tomar en cuenta la evolución de las necesidades cada vez mayores en materia de salud, el Estado ha adoptado una política de responsabilización de los actores del sistema sanitario. El Parlamento se pronuncia cada año sobre el nivel de los gastos. Sus decisiones permiten a las autoridades concluir convenios con las cajas de seguridad social, y en particular con la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad (16 Cajas regionales y 129 a nivel departamental). A su vez, la Caja concluye convenios con los médicos y demás profesionales del sector sanitario.

El gobierno francés ha puesto énfasis en desarrollar políticas y reformas orientadas a garantizar la mayor cobertura y acceso a los sistemas de salud y a su vez eliminar las inequidades presentes.

De esta forma, la política sanitaria francesa apunta a proporcionar a todos los habitantes del país un acceso igual a la atención médica. Si bien subsisten ciertas disparidades, dependientes del nivel de vida, de la educación o del lugar de residencia, son menos importantes que en muchos otros sectores del consumo.

La casi totalidad de la población está actualmente protegida en cuanto a los gastos inherentes al riesgo de enfermedad. Esta cobertura del riesgo es total en lo referente a las enfermedades graves largas y costosas y las intervenciones quirúrgicas; es parcial para los pequeños riesgos y los gastos llamados "de confort". Para éstos, los usuarios de la seguridad social tienen la posibilidad de contratar un seguro complementario privado o de adherirse a una mutualidad.

En 1999 la Asamblea Nacional Francesa aprobó un proyecto de ley que establece la Cobertura Sanitaria Universal (CSU). La CSU garantiza la afiliación al régimen general para todos los residentes regulares que carezcan de un seguro de enfermedad, es decir, personas en situación de exclusión grave y personas que están momentáneamente o permanentemente desprovistas del derecho de seguro de enfermedad. Ésta ofrece

además al 10% de las personas más desfavorecidas, que normalmente carecen de seguro de vida, una cobertura complementaria gratuita. De acuerdo con esto, los beneficiarios de la CSU no tienen que pagar nada por las consultas y tratamientos médicos, medicamentos, atención prestada por los profesionales relacionados con la medicina y gastos de hospitalización.

En relación al acceso de los servicios de salud, muchas veces se presentan dificultades por el desconocimiento de los derechos que tiene las personas y por la falta de adaptación de los lugares en donde se presta atención sanitaria a las personas más desfavorecidas. Con el fin de solucionar este problema, en Francia se han elaborado programas regionales de acceso a la prevención y a la atención sanitaria (PRAPATS) y los hospitales han establecido accesos permanentes a la atención sanitaria (APATS) destinados a facilitar el acceso de estas personas al sistema hospitalario y a los sistemas de apoyo social.

Con el fin de reducir las desigualdades entre regiones y entre establecimientos, el gobierno francés propuso en 1998 fundar una unidad de asignación de recursos entre hospitales dependiendo de su actividad médica y las necesidades existentes en materia de salud. De acuerdo con esto, se han establecido nuevos esquemas regionales de organización sanitaria (EROS) y se han destinado dos fondos de modernización a la nueva organización de la oferta hospitalaria (mayor apoyo a la inversión, mejora del sistema de urgencia, desarrollo de la formación profesional, etc.).

El sistema de salud francés se financia a través de cotizaciones obligatorias de asalariados y empresas, y diferentes niveles de copago por prestaciones que deben satisfacer los pacientes.

Desde 1998, la financiación de la salud ya no proviene exclusivamente de un impuesto sobre la masa salarial en las empresas, sino también de un impuesto sobre la totalidad de los ingresos del capital, gracias a la "contribución social generalizada" (CSG).

5.3 Sistema de salud español

De acuerdo al ranking de la OMS mencionado en la sección anterior, referente al desarrollo y ejecución de los sistemas de salud, España se ubica entre uno de los mejores del mundo, ocupando el séptimo lugar. Esta ubicación es aún más meritoria tomando en cuenta que es uno de los países con menores gastos sanitarios per cápita dentro de la UE.

La organización que adopta la sanidad española para hacer efectivo el derecho social de protección de la salud se denomina el Sistema Nacional de Salud.

Este sistema se basa en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral (Ley General de Sanidad). El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias.

Las principales características de este modelo son:

Universalización de la atención . Cubre al 100% de la población, independientemente de su situación económica y de su afiliación a la seguridad social.

Accesibilidad y Desconcentración . Para garantizar la equidad en el acceso a los servicios se ha instrumentalizado la regionalización sanitaria, basada en situar los diferentes servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Se trata así de reducir la concentración de centros sanitarios en los núcleos urbanos.

Descentralización . En la actualidad se tiende a descentralizar la gestión de los recursos sanitarios; para ello se han emprendido unas reformas en la organización del sistema sanitario, con el fin de asegurar una mayor capacidad de respuesta por parte de los servicios y de los profesionales a las necesidades y aspiraciones de los ciudadanos. Se tiende a implicar a la comunidad en la toma de decisiones sobre la gestión del gasto y en el modo de utilización de los servicios.

Atención Primaria . En el servicio nacional de salud, la base de la atención sanitaria es la atención primaria de salud.

Con un gasto sanitario público del 6,25% del PIB (gasto controlado) el Sistema Nacional de Salud ofrece una atención sanitaria completa a toda la población, regulando el acceso a los servicios en función de la necesidad de los pacientes (equitativo).

El financiamiento es fundamentalmente público (78%), a través de los impuestos. Pero al mismo tiempo se deja un margen suficiente a la financiación particular de servicios sanitarios.

El sistema sanitario español ofrece un conjunto de prestaciones muy completo, en atención primaria, atención especializada, salud pública, farmacia, etc.

A lo largo de la reforma se han incorporado nuevas prestaciones, y se han mejorado otras, en función del desarrollo de nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos (salud mental, planificación familiar, odontopediatría, trasplantes, cirugía endoscópica, procedimientos diagnósticos, etc.). Se puede apreciar entonces, que el sistema español ha aumentado el tipo y la cantidad total de prestaciones ofrecidas y ha mejorado significativamente su calidad, pudiendo compararse con ventaja con los demás países de la UE.

En la actualidad se pueden identificar tres niveles organizativos en el sistema de salud español: central, autonómico y áreas de salud.

1. Organización de la Administración Central

El órgano fundamental de la administración central del Estado es el Ministerio de Sanidad y Consumo, encargado de la propuesta y ejecución de las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria y consumo.

2. Organización Autonómica

La ordenación territorial de los servicios sanitarios es competencia de las Comunidades Autónomas y debe basarse en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

En cada Comunidad Autónoma debe constituirse un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras organizaciones territoriales intracomunitarias.

3. Áreas de Salud

Las áreas de salud, según las define la Ley de Sanidad, son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios por ellos desarrollados.

Las áreas de salud se delimitan teniendo en cuenta factores geográficos, demográficos (población entre 200.000 o 250.000 habitantes, excepto en algunas Comunidades, pero en cualquier caso, con un mínimo de un área por provincia), socioeconómicos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos, vías de comunicación e instalaciones sanitarias.

Con el fin de lograr la máxima operatividad y la mayor eficacia en la atención de salud, las áreas de salud se dividen en zonas básicas de salud, que constituirán el marco territorial de la Atención Primaria de Salud.

5.4 Comparaciones con el sistema de salud chileno.

Después de haber descrito el sistema de salud de Canadá, Francia y España, se puede observar que estos países presentan características comunes en cuanto a la universalidad y equidad en materia de salud. Estos países contemplan la salud de las personas como un derecho universal y de pleno acceso, con el fin de cubrir a todos los ciudadanos y de entregarles atenciones de salud sin barreras. El tema de la equidad se hace presente con mucha fuerza en los sistemas sanitarios de estos países, ya que tienen como objetivo entregar los mismos servicios de salud a todas las personas, independiente de sus niveles de ingreso.

El sistema de salud chileno posee diferencias con respecto a los tres sistemas analizados. En Chile existe un sistema mixto, donde subsiste un sistema público y otro privado. El sistema privado, compuesto por las Isapres, funciona básicamente como un seguro, es decir, el nivel y calidad de las prestaciones esta directamente relacionado con la capacidad de pago de las personas y de los niveles de riesgo que presenta. Esta situación genera grandes inequidades en los servicios de salud, constituyendo así una de las principales diferencias entre el caso chileno y el de los países en cuestión.

En cuanto al financiamiento, en el caso de Canadá y España, éste es fundamentalmente público (mayor al 70%), el cual proviene principalmente de los impuestos. En cambio, en el caso de Francia, el financiamiento proviene básicamente de cotizaciones obligatorias de asalariados y empresas, y de los copagos que realizan los pacientes.

La estructura mixta del sistema de salud chileno, permite que existan diferencias con

los otros tres países en cuanto al financiamiento del sector salud. El sistema público de salud en Chile se financia tanto con aportes fiscales, como con las cotizaciones previsionales y los copagos que realizan las personas. El sistema privado por su parte, se financia principalmente por las cotizaciones previsionales.

Por otro lado se puede destacar que Francia, España y Canadá, consecuentes con sus doctrinas de igualdad y universalidad, han creado sistemas de salud sin fines de lucro. Esta normativa llega hasta tal punto que en el caso de Canadá, por ejemplo, aproximadamente el 95% de los hospitales no buscan ningún lucro.

Nuevamente encontramos que la realidad chilena es diferente, debido a que la presencia del sistema privado (a través de clínicas, laboratorios, consultas, centros de diagnósticos, etc.) da cabida al lucro en la provisión de las prestaciones de salud.

Otro aspecto a destacar es la autonomía y la descentralización que presentan los sistemas de salud de España y Canadá. Estos sistemas posibilitan que cada subdivisión regional (provincias, comunidades, etc.) tenga la responsabilidad de administrar y asignar autónomamente los fondos destinados a la salud. Esta estructura permite que se logre una mayor eficiencia en el uso de los recursos y una identificación más precisa de las necesidades en salud de las personas.

En Chile, aún cuando se ha llevado a cabo un proceso de descentralización, liderado principalmente por la creación del Fondo Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); ésta no logra la profundidad necesaria para obtener los beneficios antes mencionados.

En general se puede observar entonces, que Francia, Canadá y España nos han servido como ejemplos de buenos sistemas de salud, que proporcionan un servicio equitativo, oportuno y eficiente. Al comparar con el sistema chileno, podría pensarse que nuestro país ha tomado el camino erróneo al no imitar por completo las políticas de salud de alguno de estos países, sobre todo si los resultados positivos en éstos son tan elocuentes, comparado con las deficiencias que presenta en la actualidad el sistema de salud chileno. Sin embargo, resultaría muy ligero incurrir en una crítica al sistema chileno, sin dimensionar el amplio espectro político, económico, sociocultural, regional e histórico en el que estamos inmersos.

Conceptos como la igualdad, justicia, equidad, están arraigadas en Europa hace más de doscientos años, con la eliminación de las monarquías como administradores del estado. Por ende no es de sorprender que los derechos de las personas ocupen la prioridad de estos estados y de sus propios pueblos, protegiéndolos de la forma que hemos visto. (Canadá por haber sido en parte colonia francesa, goza de un legado en esta materia bastante fuerte).

Un aspecto que no se puede obviar es el hecho de que estos países son desarrollados, es decir el PIB per cápita es muchísimo mayor que en el caso de Chile. Canadá, Francia y España, cuentan con un PIB per cápita mayor a 20.000 dólares, en contraste con el PIB per cápita de Chile, equivalente a 4.200 dólares (año 2002). Esta situación permite que estos países puedan disponer de una cantidad mayor de recursos destinados a salud con el fin de proveer un mejor servicio de salud a la población.

Sin duda que nuestro país puede y debe rescatar aquellos aspectos aplicables a nuestra realidad para mejorar las deficiencias del modelo de salud y así lograr un sistema más eficiente y equitativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

En términos generales, la focalización del gasto público en salud es adecuada debido a que existen buenos niveles de acceso y cobertura de la población de menores ingresos a los servicios de salud, como así también subsidios públicos asignados apropiadamente a este segmento de la población (ver gráfico 3.7, cuadro 3.1 y tabla 3.12). Pero es importante considerar también que existen aspectos relacionados con la focalización que presentan deficiencias, estos son la equidad en el sistema público de salud y la eficiencia del gasto público en salud.

En lo que respecta a la cobertura, es decir, a la pertenencia de las personas a algún sistema previsional de salud, el sistema público presenta una importancia mayor que el sistema privado. Gran parte de la población del país se encuentra afiliada al sistema público de salud (Fonasa), que concentra dentro de sus afiliados a prácticamente todo el segmento de escasos recursos, brindándoles una alta cobertura (ver gráfico 3.7).

La distribución de la población entre los sistemas de salud (públicos y privados) no es uniforme, ya que se encuentra correlacionada significativamente con el nivel de

ingreso de los hogares. La mayor parte de las personas de menores ingresos están afiliadas en el sistema público de salud, mientras que en el sistema privado ocurre lo contrario. La distribución de la población a los sistemas de salud según edad y sexo de la población, también presenta desigualdades. En el sistema público se concentra la mayor parte de la población anciana y un porcentaje mayor de mujeres que de hombres (ver gráfico 3.8 y tabla 3.5).

Lo anterior refleja que el sistema de salud chileno presenta una marcada segmentación de la población de acuerdo al nivel de ingreso y de riesgo de enfermar. El sistema de Isapres por su parte, discrimina contra las personas que presentan mayores probabilidades de enfermar ya sea vía precios o reduciendo los niveles de cobertura.

Esta división del sistema de salud chileno genera serias consecuencias. Por un lado la concentración de las personas de menores ingresos y de mayor riesgo en el sistema público genera mayores necesidades de financiamiento, mientras que por otro lado, el sistema privado dispone de mayores recursos para cubrir a un porcentaje menor de la población. Este fenómeno impacta negativamente la equidad del sistema de salud chileno, ya que provoca diferencias en el acceso y en la calidad de los servicios de salud entre el sistema público y privado.

El otro aspecto que se analizó a través de este estudio fue el grado de focalización de los subsidios públicos en salud y el impacto que genera en el nivel de ingreso de las personas. En relación a esto se pudo concluir que los subsidios van dirigidos principalmente a los quintiles más bajos de la población, por lo que en general se puede hablar de una buena focalización de los recursos públicos en salud. Sin embargo, es importante resaltar que en el año 2000 se aprecia un empeoramiento de la focalización de estos subsidios públicos en relación al año 1998, debido a que el porcentaje de subsidio público se incrementó en todo los quintiles de ingreso, excepto en el primer quintil. Por lo tanto, aunque el nivel de focalización de estos subsidios es alto, todavía se puede mejorar, para lo cual se requiere de la implementación de políticas orientadas en esta dirección.

Lo concluido en el párrafo anterior permite determinar a qué segmento de la población se destinan los recursos públicos en salud. Ahora bien, para determinar el real efecto que provoca el gasto público en salud es necesario conocer además la magnitud de los recursos que llegan a la población. Dado que el gasto público en salud se ha venido incrementando fuertemente durante los últimos años (ver gráfico 3.1), se debería esperar que estos mayores recursos se tradujeran en mayores prestaciones de salud otorgadas a la población.

Un estudio realizado por la CEPAL, señala que el rendimiento del gasto público ha presentado una fuerte caída durante la década de los noventa y de esta forma, los esfuerzos en el aumento de los recursos no se han traducido en incrementos proporcionales en las prestaciones de salud. El estudio atribuye este menor rendimiento a la disminución de la productividad del personal y el aumento desmesurado del gasto en subsidio por incapacidad laboral y en la modalidad de libre elección.

Como conclusión final se puede determinar entonces, que el gasto público en salud se ha incrementado considerablemente durante la última década y que en términos

generales, la focalización de estos recursos ha sido adecuada. Sin embargo, se ha podido concluir también que el rendimiento de estos recursos ha ido disminuyendo durante los últimos años, y por lo tanto, se han desaprovechado recursos que podrían haber sido utilizados para entregar una mayor calidad y cantidad de prestaciones de salud, con el fin de disminuir las inequidades existentes en el sector. En definitiva, se puede concluir que la hipótesis del trabajo es aceptada.

6.2 Recomendaciones

Una de las recomendaciones relacionadas directamente con la mejora de la focalización del gasto público en salud se refiere a evaluar y reforzar el actual sistema de prueba de medios e identificación de beneficiarios indigentes y cotizantes, como también a evaluar y mejorar el sistema de otorgamiento, mantención y verificación de las credenciales de Fonasa.

Esta recomendación se basa en el hecho de que parte de la población goza de los beneficios que el gobierno entrega en materia de salud aduciendo ser indigentes cuando realmente no lo son. Esto queda demostrado luego de que a través de un cruce de datos realizado entre SII y Fonasa, se verificara que existen más de 500.000 indigentes que no son tales, ya que declararon impuestos con una renta que aunque siendo baja no les permite acceder a los beneficios de salud en forma gratuita como efectivamente lo hacen. Esto ocurre por ejemplo, con los trabajadores independientes que evaden el pago de impuestos e imposiciones previsionales, no declarando rentas o presentando credenciales ajenas o falsas y obteniendo así atención gratuita. Para este caso específico se recomienda la existencia de una afiliación obligatoria para todos los trabajadores, no sólo los del sector formal sino que también los del sector informal.

Tal situación es aún más grave en el caso de aquellos beneficiarios de las Isapres que teniendo un mayor nivel de ingreso, manifiestan ser indigentes para acceder gratuitamente a los hospitales públicos en caso de atenciones complejas que les significaría un alto nivel de copago en el sistema privado.

A continuación se desarrollan algunas recomendación relacionada con la eficiencia del gasto público en salud.

En relación a la gestión pública, se tiene que uno de los factores preponderantes en la baja productividad de los recursos públicos radica en que actualmente la legislación no permite a los directivos de los establecimientos de salud realizar una óptima administración, entendida como la capacidad de aplicar los recursos financieros, físicos y humanos de la mejor forma para alcanzar los objetivos de la institución.

De esta forma, las mejoras deben ir orientadas a permitir que los directivos puedan tomar efectivamente decisiones respecto a la asignación de los recursos y que se les otorgue la facultad de contratar y de despedir a las personas que no cumplen con su trabajo, permitiendo así una mayor eficiencia en el uso de los recursos.

También es necesario crear incentivos adecuados para fomentar una mayor

productividad. En el sistema actual existen problemas de incentivos debido a que gran parte de los recursos son transferidos a los establecimientos de acuerdo a sus necesidades y no en relación a su desempeño o de las actividades que realizan. Así los establecimientos públicos no tienen incentivos para atraer clientes y aumentar el número de prestaciones, ya que esto no tiene efecto en los ingresos que reciben. Las transferencias destinadas a financiar las prestaciones de salud deberían tener estrecha relación con la cantidad de prestaciones realizadas.

En relación a las ineficiencias en la provisión de servicios de salud que genera la estructura pública-privada existente en el país, se recomienda promover mayor interrelación entre los proveedores públicos y privados con el fin de mejorar la asignación global de los recursos. Esta interrelación apunta a aumentar la capacidad del sector público para que pueda prestar servicios a los beneficiarios del sector privado y a su vez, cuando sea necesario y más eficiente, subcontratar los servicios en el sector privado.

Una última recomendación relacionada con la mayor eficiencia del gasto público en salud consiste en aplicar un mayor control en el uso del subsidio de incapacidad laboral y la modalidad de libre elección; y a su vez, generar incentivos en el sector público con el fin de limitar estos gastos.

En conclusión no basta sólo con aumentar el gasto destinado a la salud, sino que es indispensable que este gasto sea lo más eficiente posible para que este esfuerzo se traduzca realmente en mayores beneficios para los usuarios del sistema y especialmente en la población de menores ingresos; por medio de mayores niveles de acceso y de calidad en las atenciones de salud.

En términos generales, se recomienda además, que las reformas que se realicen en el sector público, como por ejemplo, el de la gestión pública en salud, se sometan a evaluaciones tanto ex -antes como ex -post. La evaluación ex post constituye un importante proceso que busca determinar de forma objetiva y sistemática si los proyectos han cumplido con los objetivos y metas después de finalizada la etapa de operación; así mismo se evalúan los recursos empleados, impactos y efectos que ha generado el proyecto.

La importancia de implementar un sistema de evaluación ex post, radica en que este constituye un proceso de retroalimentación que contribuye a mejorar la formulación de futuros proyectos, dada la experiencia que se deriva de lecciones pasadas.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Bitrán, Ricardo y Muñoz, Claudia. "Focalización en la Salud: Conceptos y Análisis de Experiencias". Bitrán y Asociados. Septiembre de 2000.
- Camhi, Rosita. "Focalización de beneficios: ¿llegan los recursos a los más pobres?". Instituto Libertad y Desarrollo. Informe Social n^o 70. Agosto de 2002.
- DIPRES. "Ley de Presupuesto año 2004". Dirección de presupuestos.
(http://www.dipres.cl/fr_proyecto_2004.html).
- El Global. "Modelo sanitario de Francia". Dossier. Noviembre 20001.
(<http://www.elglobal.net/documentacionpdf/docglobal83.pdf>).
- Espina, Alberto. "Salud e Igualdad de Oportunidades. La Reforma de la Salud". Primera Jornada Programática de Renovación Nacional "Inventando el Futuro". Abril de 2003.
- Franke, Pedro. "Focalización del Gasto Público en Salud en el Perú: Situación y alternativas". Informe sobre Investigación Aplicada n^o 1. Septiembre de 1998.
- Giaconi, Juan. "El sistema de Salud Chileno". Boletín Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Año 1994.
(http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/Salud_Publica/1_2.html).
- Grosh, Margaret. "De los principios a la práctica: La focalización de los Programas Sociales en América Latina". Programa de Estudios Regionales. Informe n^o 21. Septiembre de 1992.

- Guzmán, Eugenio e Illanes, Ignacio. "Salud en Chile ¿Falta de recursos o problemas de gestión?". Instituto Libertad y Desarrollo. Serie Informe Político n^o 75. Mayo de 2002.
- Instituto Libertad y Desarrollo. "Salud: Prioridad Mejorar Gestión Estatal". Temas públicos n^o 528. Mayo de 2001.
- Instituto Libertad y Desarrollo. "Presupuesto de Salud: ¿Nos preocupamos de los más pobres?". Temas públicos n^o 549. Octubre de 2001.
- Instituto Libertad y Desarrollo. "Reforma a la salud: ¿Dónde están los usuarios?". Temas públicos n^o 578. Mayo de 2002.
- Instituto Libertad y Desarrollo. "Reforma a la salud: Los primeros pasos del ministro". Temas públicos n^o 566. Febrero de 2002.
- Jadue, Liliana; Delgado, Iris y Vega, Jeannette. "Análisis del Nuevo Módulo de Salud de la Encuesta CASEN 2000". Iniciativa Chilena de Equidad en Salud. Mayo 2003.
- Larrañaga, Osvaldo. "Apuntes de clases de Economía de Políticas Sociales". Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Semestre otoño de 2003.
- Larrañaga, Osvaldo. "Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno". Serie financiamiento del desarrollo n^o 49. CEPAL. Junio de 1997.
- Legovini, Arianna. "Targeting Methods for Social Programs".
(<http://www.iadb.org/sds/doc/1303eng.pdf>).
- MIDEPLAN. "Resultados de la VII encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 1998)". Situación de la salud en Chile, 1998. Documento N^o 4. Julio de 1999.
- MIDEPLAN. "Resultados de la VII encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 2000)". Situación de la Salud en Chile, 2000. Documento N^o 5. Diciembre de 2001.
- MIDEPLAN. "Situación Salud 2000". Ministerio de Planificación, Informe Ejecutivo. Agosto de 2001.
- MIDEPLAN. "Indicadores Sociales". Ministerio de Planificación, Indicadores Económicos y Sociales 1990-2000.
- MIDEPLAN. "Impacto Distributivo del Gasto Social 2000". Ministerio de Planificación, Informe Ejecutivo. Julio 2001.
- Ministerio de Asuntos Exteriores de Francia. "La protección Social, Salud".
(<http://www.france.diplomatie.fr/france/es/societe/societe05.html>).
- Organización Panamericana de la Salud. "Canadá: Situación General y Tendencias". Programa especial de análisis de la salud.
(<http://165.158.1.110/spanish/HIA1998/Canada.pdf>).
- Reinharz, Daniel. "La regulación del financiamiento en el sistema de salud canadiense". Facultad de Medicina Universidad Laval. Enero de 2001.
(<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma/03052002.pdf>).
- Rodríguez, Jorge y Tokman, Marcelo. "Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999". Serie financiamiento del desarrollo n^o 106. CEPAL. Diciembre de 2000.

-
- Sandier, Simon y Duriez, Marc. "El sistema sanitario en Francia, organización y funcionamiento". Año 1994.
- Soto, Jorge. "¿Universalización, participación o focalización?: La economía política de las estrategias para el alivio de la pobreza en México". Instituto Tecnológico Y de Estudios Superiores de Monterrey. (<http://136.142.158.105/Lasa2001/SotoRomeroJorgeMario.pdf>).
- Stiglitz, Joseph. "La economía del sector público". Segunda Edición. Editorial Antoni Bosch, Barcelona. 1995.
- Titelman, Daniel. "Reformas al sistema de salud en Chile: Desafíos pendientes". Serie financiamiento del desarrollo n^o 104. CEPAL. Septiembre de 2000.
- Universidad de Murcia. "Sistema de salud español".
(http://www.um.es/socrates/sistema_salud_espana.htm)
- Vargas, Juan Fernando. "Políticas Públicas Focalizadas o Universales. ¿Dilema?".
(http://webpondo.org/files_enemar03/focaliuniversal.pdf).
- Vargas, Juan Fernando. "Políticas públicas universales o focalizadas: ventajas y desventajas. El caso del Sisben en Colombia".
(http://www.webpondo.org/files_enemar03/politicass_pub_jfv.pdf).
- Van de Walle, Dominique. "Targeting Revisited". The World Bank Research Observer, vol. 13, n^o 2. Agosto de 1998.
(<http://www.worldbank.org/research/journals/wbro/obsaug98/pdf/article5.pdf>).
- White, Joseph. "A comparative study of health care police in the United State and Canadá: What Policymakers in Latin America might and might not learn from their neighbors to the north". Serie financiamiento del desarrollo. N^o 52. Cepal. Junio de 1997.
- Xavier, Francisco. "El sistema de Salud del Canadá y su financiamiento". Organización Panamericana de la salud. Programas de Políticas Públicas y Salud. Año 1997.
(<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/calidad/reforma/03052002.pdf>).

ANEXO

8.1 Tablas del Gasto Público en el Sector Salud

8.1.1 Gasto Público y Fiscal en salud, 1989-2000, (Millones de pesos del año 2000)

FOCALIZACIÓN DEL GASTO PÚBLICO DE SALUD EN CHILE

Año	Gasto Público	Variación anual	Gasto Fiscal	Variación anual
1989	466.887		155.383	
1990	445.687	-4,5	167.110	7,5
1991	524.905	17,8	210.860	26,2
1992	613.624	16,9	260.441	23,5
1993	687.869	12,1	308.746	18,5
1994	758.221	10,2	357.673	15,8
1995	790.037	4,2	367.312	2,7
1996	858.208	8,6	400.909	9,1
1997	909.711	6	433.936	8,2
1998	984.081	8,2	454.842	4,8
1999	1.014.263	3,1	481.177	5,8
2000	1.099.109	8,4	507.156	5,4

Fuente: Ministerio de Hacienda

Crecimiento	Gasto Público	Gasto Fiscal
Crecimiento Promedio Anual (%)	8,9	12,6
Crecimiento Acumulado (%)	135,6	226,4

Gasto Público en salud/Gasto Público Social, Gasto Fiscal en salud/Gasto Fiscal Social. 1989-2000 (Porcentaje).

Año	G.P.Salud/ G.P.Social	G.F.Salud/ G.F.Social
1989	15,8	7,5
1990	15,3	7,5
1991	16,5	8,5
1992	17,4	9,3
1993	17,8	9,9
1994	18,5	10,7
1995	18	10,2
1996	17,8	10,1
1997	17,9	10,3
1998	18	10,2
1999	17,2	9,7
2000	17,6	9,6

Fuente: Ministerio de Hacienda

8.1.3 Gasto Público en salud/PIB, Gasto Fiscal en salud/PIB, 1990-2000 (Porcentaje)

Año	G.P.Salud/ PIB	G.F.Salud/ PIB
1989	2,1	0,7
1990	2	0,7
1991	2,2	0,9
1992	2,3	1
1993	2,5	1,1
1994	2,5	1,2
1995	2,4	1,1
1996	2,5	1,2
1997	2,6	1,2
1998	2,7	1,3
1999	2,8	1,3
2000	2,9	1,3

Fuente: Ministerio de Hacienda

8.1.4 Gasto Público y Fiscal per cápita en salud, 1990-2000 (pesos del año 2000)

Año	G.P.Salud Per Cápita	Variación anual	G.F.Salud Per Cápita	Variación anual
1989	47.429		15.784	
1990	45.810	-3,4	17.177	8,8
1991	55.758	21,7	22.399	30,4
1992	67.041	20,2	28.454	27
1993	77.176	15,1	34.640	21,7
1994	87.282	13,1	41.173	18,9
1995	91.471	4,8	42.528	3,3
1996	98.956	8,2	46.227	8,7
1997	103.931	5	49.576	7,2
1998	108.738	4,6	50.259	1,4
1999	110.764	1,9	52.547	4,6
2000	110.217	-0,5	50.857	-3,2

Fuente: Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud

Crecimiento	Gasto Público	Gasto fiscal
Crecimiento Promedio Anual (%)	8,0	11,2
Crecimiento Acumulado (%)	132,4	222,2

