PN ACW-186
95665

Informe de Investigación Aplicada
No. 10 S

MODELO PARA LA ASIGNACION DE SUBSIDIOS DE SALUD

Presentado a:

La División de Servicios de Salud,
Oficina de Salud,
Dependencia de Investigación y Desarrollo,
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Por

Jorge CLARO M.
Gabriel BITRÁN D.
Bernardo LUQUE L.
Consultores

NOVIEMBRE de 1993

HEALTH FINANCING AND SUSTAINABILITY (HFS) PROJECT
(Proyecto de Financiamiento y Sostenimiento de la Salud)

Abt Associates Inc., Contratista Principal
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 USA
Teléfono: (301) 913-0500 FAX: (301) 652-3916

Management Sciences for Health, Subcontratista
The Urban Institute, Subcontratista

Contrato de AID No. DPE-5974-Z-00-9026-00

INDICE DE MATERIAS

INDICE DE CUADROS iv

INDICE DE GRAFICOS vi

INDICE DE FIGURAS vii

LISTA DE ABREVIATURAS ix

INTRODUCCION x

RESUMEN EJECUTIVO xi

1.0 BREVE RESEÑA HISTORICA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO 16

2.0 ANALISIS DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD 19

2.1 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA 19
2.1.1. El Ministerio de Salud 20
2.1.2. Los Servicios de Salud 20
2.1.3. Fondo Nacional de Salud (FONASA) 20
2.1.4. Libre Elección 25
2.1.5. Prestaciones y Beneficiarios del Sistema 25
2.1.6. Principales Programas 25

2.2. ESTADÍSTICAS FÍSICAS DEL SECTOR PÚBLICO 26
2.2.1. Población Protegida por el Sector Salud Público . . . 26
2.2.2. Consultas Médicas 28
2.2.3. Exámenes en el Sistema Público 31
2.2.4. Personal Médico y Paramédico del SNSS 33
2.2.5. Camas de Hospital 37

2.3. ANTECEDENTES FINANCIEROS DEL SECTOR PÚBLICO 39

3.0 ANALISIS DEL SISTEMA ISAPRE 49

3.1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA ISAPRE 49

3.2. MARCO JURÍDICO 50
3.2.1. Legislación Vigente 50
3.2.2. Organismos Reguladores (Superintendencia de ISAPRE) 53
3.2.3. Nuevos Proyectos de Legislación Relevantes 54

3.3. ANÁLISIS DEL MERCADO DE LAS ISAPRE 55
3.3.1. Evolución General 55
3.3.2. Evolución del Mercado 56
3.3.3. Evolución de los Precios 62
3.3.4. Antecedentes sobre la Demanda por Prestaciones en las ISAPRE 64
3.3.5. Antecedentes sobre los Costos de las Prestaciones en las ISAPRE 72

4.0 DISEÑO CONCEPTUAL DEL SISTEMA PROPUESTO 75

4.1. PRINCIPIOS GENERALES DE LA PROPOSICIÓN 75
4.1.1. Objetivos 75
4.1.2. Organización General del Sistema de Salud 76
4.1.3. Rol del Estado 78
4.1.4. Participación de Empresas Privadas 79
4.1.5. Competencia y Control de Monopolios 80
4.1.6. Focalización de los Subsidios 80
4.1.7. Seguro por Incapacidad Laboral temporal 81
4.1.8. Estructura de Propiedad de la Infraestructura Médica 82

4.2. ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA 83
4.2.1. Operación 83
4.2.2. ¿ Cómo operaría el sistema ? 83
4.2.3. ¿ Cómo se atiende un afiliado ? 84
4.2.4. Financiamiento 86
4.2.5. Cálculo de los Subsidios 90
4.2.6. Competencia 92
4.2.7. Incentivos para la Eficiencia del Sistema 94
4.2.8. Supervisión 94
4.2.9. Plan Piloto 96

4.3. COSTOS DE LAS PRESTACIONES DE SALUD 99

INDICE DE CUADROS

CUADRO 2-1 POBLACIÓN PROTEGIDA POR SECTOR SALUD 27

CUADRO 2-2 CONSULTAS REALIZADAS POR MÉDICOS 28

CUADRO 2-3 CONSULTAS REALIZADAS POR NO MÉDICOS 29

CUADRO 2-4 CONSULTAS REALIZADAS POR NO MÉDICOS PER CÁPITA 30

CUADRO 2-5 EXÁMENES 31

CUADRO 2-6 EXÁMENES PER CÁPITA 31

CUADRO 2-7 DOTACIÓN DE PERSONAL 33

CUADRO 2-8 PERSONAL POR CADA 1.000 HABITANTES 36

CUADRO 2-9 CAMAS DISPONIBLES 37

CUADRO 2-10 UTILIZACIÓN DE LAS CAMAS 38

CUADRO 2-11 INGRESOS DEL SECTOR SALUD PÚBLICA 39

CUADRO 2-12 EGRESOS DEL SECTOR SALUD PÚBLICA 41

CUADRO 2-13 APORTE FISCAL TOTAL Y PER CÁPITA 43

CUADRO 2-14 GASTOS FISCAL EN SALUD TOTAL Y PER CÁPITA 45

CUADRO 2-15 P.G.B. TOTAL Y PER CÁPITA 47

CUADRO 3-1 CONSULTAS MEDICAS 66

CUADRO 3-2 EXAMENES DE LABORATORIO 67

CUADRO 3-3 IMAGENOLOGIA 68

CUADRO 3-4 HOSPITALIZACION 69

CUADRO 3-5 PROCEDIMIENTOS DE APOYO CLINICO Y DIAGNOSTICO 70

CUADRO 3-6 INTERVENCIONES QUIRURGICAS 71

CUADRO 3-7 GASTO EN LICENCIAS MEDICAS COMO % DEL INGRESO IMPONIBLE . . . 72

CUADRO 3-8 GASTOS DE ADMINISTRACION 73

CUADRO 4-1 COSTO PRINCIPALES PRESTACIONES DE SALUD SISTEMA PÚBLICO . . . 99

CUADRO 4-2 COMPARACIÓN DE COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO 100

CUADRO 4-3 COMPARACIÓN DE COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD 101

INDICE DE GRAFICOS

2-1 Consultas Médicas - Sector Público vs. ISAPRES 30

2-2 Exámenes - Sector Público vs. ISAPRES 32

2-3 Personal Médico y Paramédico - Miles de Personas 34

2-4 Personal Médico y Paramédico - Personas/1000 Beneficiarios 35

2-5 Ingresos Sector Salud Pública - 1974 - 1991 40

2-6 Egresos Sector Salud Pública - 1974 - 1991 42

2-7 Aporte Fiscal por Beneficiario - Sector Salud Pública 44

2-8 Gasto Fiscal por Beneficiario - Sector Salud Pública 46

2-9 PGB Per Cápita - 1980 - 1991 48

2-10 Gasto en Salud - Como % del PGB 48

3-1 ISAPRES Abiertas - Cotizantes Vigentes 57

3-2 ISAPRES Cerradas - Cotizantes Vigentes 58

3-3 ISAPRES Abiertas - Beneficiarios Vigentes 58

3-4 ISAPRES Cerradas - Beneficiarios Vigentes 59

3-5 Sistema de ISAPRES - Cargas/Cotizante 60

3-6 Crecimiento Anual - Cotizantes Sistema ISAPRES 60

3-7 Sistema ISAPRES - Número de Instituciones 61

3-8 Participación de Mercado (Cotizantes) 62

3-9 Sistema ISAPRES - Cotización Mensual Promedio 63

3-10 ISAPRES Abiertas - Cotización Mensual Promedio 64

3-11 Consultas Médicas - Sistema ISAPRE 67

3-12 Exámenes de Laboratorio - Sistema ISAPRE 68

3-13 Imagenología - Sistema ISAPRE 69

3-14 Hospitalización - Sistema ISAPRE 70

3-15 Procedimientos de Apoyo Clínico - Sistema ISAPRE 71

3-16 Intervenciones Quirúrgicas - Sistema ISAPRE 72

3-17 Gasto en Licencias Médicas - Como % del Ingreso Imponible 73

3-18 Gastos de Administración - UF/Beneficiario/Año 74

INDICE DE FIGURAS

2-1 ORGANIGRAMA MINISTERIO DE SALUD 21

2-2 ORGANIGRAMA SERVICIOS DE SALUD 22

2-3 SUBDIRECTOR MEDICO 23

2-4 SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO 24

4-1 CÁLCULO DEL BONO 85

4-2 MECANISMO DE OPERACIÓN DEL SISTEMA 87

4-3 FLUJO DE FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD OTORGADAS POR EL SECTOR PÚBLICO 90

4-4 ORGANIGRAMA DEL NUEVO MINISTERIO DE SALUD (MINSAL) 97

LISTA DE ABREVIATURAS

AFP	Administradora de Fondos de Pensión
ISAPRE	Institución de Salud Previsional
UF	Unidad de Fomento (unidad monetaria chilena que mantiene constante su valor real reajustándose automáticamente en función de la inflación)
MINSAL	Ministerio de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud

INTRODUCCION

Desde diferentes ángulos y puntos de vista el derecho a la salud es proclamado. En Chile, este derecho tiene carácter constitucional ("El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción y recuperación de la Salud y rehabilitación del individuo"[1]). Las formas de alcanzar este objetivo, sin embargo, no resultan tan obvias, y por lo tanto son tema de amplio debate. Es por esto que una adecuada selección de las mejores alternativas y su aplicación requiere de un detallado y sistemático análisis.

Este estudio intenta un aporte en la solución de estos problemas, haciendo un análisis de lo que significaría implementar en Chile un Sistema de Salud basado en la asignación de los subsidios a través de las personas, y en el que los proveedores de los servicios de salud, sean preferentemente empresas privadas participando en mercados competitivos.

---

[1] Constitución Política del Estado, República de Chile 1980.

RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo está dividido en cuatro partes. La primera, se corresponde a un análisis desde una perspectiva histórica de la organización de los distintos sistemas de salud pública que han operado en Chile. La segunda versa sobre un estudio de la organización, operación y desempeño del sistema público de salud chileno. La tercera parte consiste en un análisis de la organización y desempeño de las instituciones privadas de salud y de cómo este ha evolucionado a través del tiempo. Por último, la cuarta y final se refiere al diseño conceptual del sistema propuesto y analiza brevemente los elementos que habrá que considerar en el estudio de la factibilidad de su implementación a la luz de los datos que se han discutido en el presente trabajo. En seguida se entrega una síntesis muy breve de lo analizado y concluido en cada uno de los capítulos recién descritos.

Breve reseña histórica del sistema de salud chileno

Este capítulo consta de una descripción de la evolución del sistema de salud chileno desde comienzos de este siglo hasta la actualidad. Con él, se busca describir las bases sobre las cuales se han construido los esquemas que operan en la actualidad.

La historia del sector de salud chileno puede resumirse por lo ocurrido en dos grandes períodos claramente diferenciados. El primero de ellos está comprendido entre principios del presente siglo y 1981. Este lapso está caracterizado por una creciente participación y preocupación del Estado en la provisión de las acciones relacionadas con las necesidades de salud (preventiva y curativa) de la población chilena. En es período se crean y ponen en marcha numerosas instituciones destinadas a estos propósitos y orientadas a distintos grupos poblacionales.

El segundo período, de mucho más reciente data, comienza en 1981 con la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Ellas se crean como complemento a importantes reformas previsionales realizadas en el año 1980 y con el objetivo paralelo de descongestionar el aparato estatal y aumentar la eficiencia del sistema optimizando la cobertura de salud de la población traspasada, la que se encontraba subutilizando un sistema único de salud que no satisfacía sus necesidades.

En los diez años de vigencia de este sistema, se han incorporado 2,5 millones de personas, los que representan, aproximadamente un 20% de la población del país. Sin embargo, a pesar del éxito alcanzado por el sistema privado de seguros de salud, es poco probable un aumento significativo de su cobertura, en cuanto la gran mayoría de las personas que hoy no se han incorporado al sistema, no lo han echo por que son incapaces de financiar por sí solos los costos de estos seguros de salud. Sólo se podrían traspasar al sistema privado si el Estado permite que junto con ellos se traspasen los recursos que hoy destina a financiar la infraestructura de salud del Ministerio del ramo.

Análisis del sistema público de salud

Este capítulo versa sobre el sistema público describiendo su organización, los planes y programas de salud que ofrece, la cobertura que ha alcanzado y su infraestructura física y su dotación humana. Se han recopilado estadísticas de exámenes y prestaciones entregadas y ocupación de la capacidad hospitalaria. Se presentan, en este capítulo, ciertas comparaciones con el sistema privado o "de ISAPRE" para efectos de tener una primera noción de las diferencias y similitudes existentes entre ambos sectores. Por último, se entrega un resumen de los orígenes y destinos del gasto fiscal en salud y del aporte per cápita del Estado en esta materia.

Como conclusiones de lo analizado en este capítulo se pueden citar las siguientes:

(a) El Sistema de Salud Pública Chileno es de carácter mixto, con participación de entidades públicas y privadas. Considera dos componentes fundamentales: El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y el Extrasistema. El primero, cuya estructura normativa básica es el Ministerio de Salud, es de administración fundamentalmente estatal, y en principio descentralizado. El Segundo, que no se rige por las políticas del Ministerio de Salud, se relaciona con el primero a través de los convenios para la atención de Libre Elección. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) está formado por 27 Servicios de Salud a lo largo de Chile (26 orientados a las personas y 1 Metropolitano del Ambiente), comprendiendo a todos los establecimientos de salud que se rigen por las políticas ministeriales. El órgano financiero de este subsistema es el Fondo Nacional de Salud (FONASA). A nivel regional, el Ministerio de Salud esta organizado en las Secretarias Regionales Ministeriales, las que tienen por funciones adaptar las políticas nacionales a la realidad regional, asesorar al Intendente Regional en las materias del Sector y realizar funciones de control y evaluación.

(b) Los beneficiarios del sistema se pueden clasificar en dos categorías: las familias adscritas a un sistema previsional formal (que destinan a la salud un 7% de su ingreso imponible) y familias no adscritas de bajos recursos y que reciben atención gratuita.

(c) En la actualidad, los beneficiarios del sistema público totalizan los 8,5 millones de personas, cifra similar a la existente en 1974. Existen 2,6 millones de personas adscritos al sistema privado (ISAPRE). Por último, hay otros 2,3 millones de personas no protegidas.

(d) En el sistema público se realizan, en promedio, 2,15 consultas médicas y 1,6 consultas no médicas por beneficiario al año, a la vez que se han contabilizado 2,71 exámenes por persona. Las cifras de exámenes por beneficiario son muy similares a las observadas en el

sistema de ISAPRE abiertas al igual que las consultas totales. Las tendencias, tanto en consultas como en exámenes por beneficiario son crecientes en el sistema público. En cuanto a la dotación profesional, hay 0,6 médicos, 0,24 enfermeras y 2,23 auxiliares por cada 1.000 beneficiarios.

(e) El sistema público está financiado en un 40% por aporte fiscal, un 38% por transferencias (mayoritariamente aporte de los trabajadores cuya importancia en términos relativos ha crecido desde un 26% en 1974), un 9% por ingresos de operación y un 14% por otras fuentes. El aporte fiscal per cápita asciende a US$ 37,48 (1991), el que se ha recuperado desde su punto más bajo en 1986 de 21 dólares por persona. La mejoría se debe a mayores aporte fiscales y a una menor cantidad de beneficiarios al haber migrado una importante proporción de éstos hacia el sistema privado. En Chile, el gasto el salud asciende al 4,4% de su PGB.

Análisis del sistema ISAPRE

En este capítulo se comienza definiendo las dos categorías de ISAPRE que contempla la Ley: las abiertas (orientas al mercado general) y las cerradas (institucionales). En seguida, se entrega una reseña del marco jurídico que regula este sub-sector, sus organismos supervisores y los nuevos proyectos legales en discusión en el parlamento. También se presenta un análisis de organización industrial de las instituciones que operan en este mercado, su crecimiento desde su creación, las participaciones de mercado de las distintas ISAPRE existentes, las tarifas cobradas y su evolución. Se entregan, a la vez, estadísticas de demanda por las distintas prestaciones de salud y su evolución en el tiempo.

Como conclusiones de lo analizado en este capítulo se pueden citar las siguientes:

(a) Las ISAPRE abiertas se han desarrollado en un mercado en continua expansión, donde las rebajas de costos y el aumento de las prestaciones han sido una fuerza permanente hacia nuevos equilibrios. El crecimiento anual del sector, ha sido superior a un 20% en todos los años de existencia del sistema, siendo de un 24,31% en 1989, de un 22.29% en 1990, y de un 24,04% en 1991, alcanzando a diciembre de este año a 1.070.813 cotizantes. Este crecimiento, se ha basado, en los últimos años, en el crecimiento de la ocupación (del orden de un 5% anual) y en la incorporación de personas con ingresos cada vez más bajos. El número de beneficiarios al 31 de diciembre de 1991 era de 2,4 millones en las ISAPRE abiertas y 213 mil en las cerradas. Las 6 primeras ISAPRE concentran el 81,7% del mercado y la mayor de ellas ostenta el 22,4%.

(b) Los precios de las ISAPRE abiertas muestran una tendencia claramente decreciente a través del tiempo mientras que las cerradas dan cuenta de una evolución en un sentido claramente

contrario. Tanto en las consultas médicas como en los exámenes se nota una clara diferencia entre las ISAPRES abiertas y cerradas mostrando estas últimas índices de uso muy superiores. Asimismo, los gastos de administración son claramente superiores en las ISAPRE cerradas lo que podría ser una demostración de los niveles de eficiencia alcanzados por las abiertas como resultado de la competencia que deben enfrentar para captar clientes.

Diseño conceptual del sistema propuesto

Este capítulo constituye en núcleo de este estudio ya que contiene las bases del nuevo sistema de salud propuesto. Se redefine la organización del sector de salud pública asignando al Estado el rol de subsidiariedad que le correspondería en esta materia a juicio de estos consultores. Se diseña el marco en el cual participarán las nuevas entidades privadas prestadoras de servicios de salud y proveedoras de seguros, analizando los niveles de competencia que se presentarán, la regulación de los monopolios naturales que surgirán, la asignación de subsidios y su focalización. Se proponen, además, esquemas de propiedad de los nuevos sistemas que consideran la inversión en capital humano que necesariamente involucra este tipo de servicios. Como primera aproximación, se diseña la forma en que operará el sistema propuesto, la manera en que se organizará, los medios a través de los cuales se financiará, los incentivos a la eficiencia que se crearán y los mecanismos de supervisión que deberán instaurarse. Se propone también la ejecución de un plan piloto para poner a prueba el funcionamiento del nuevo sistema. Por último, se hace un breve análisis comparativo de los costos del sistema público y privado para una selección de prestaciones de salud representativas de los servicios normalmente entregados, con miras a concluir preliminarmente sobre la factibilidad económica de este nuevo esquema.

El sistema propuesto sería financiado por cotizaciones previsionales de los trabajadores destinadas a salud, por subsidios estatales progresivos para aquellos que no cubren por sí solos los costos de su salud y por aportes de los empleadores, sin perjuicio de aportes libremente entregados por empresarios y trabajadores que puedan permitir una mayor cobertura al sistema. El subsidio Estatal sería complementario, es decir, sumado a los aportes previsionales para la salud, permitiría financiar el costo de un plan básico de salud. Estos subsidios serían dirigidos y entregados a las personas (los demandantes), siendo asignados directamente por cada familia en sus decisiones individuales de atención al elegir el consultorio base donde sería atendida normalmente.

Se ha delineado el rol que le corresponderá al Estado en el sistema propuesto el que se puede dividir en cuatro tareas fundamentales: (a) garantizar el acceso de toda la población a un nivel de *salud mínima*, (b) responsabilizarse de los *grandes problemas de salud pública* tales como las epidemias, la contaminación ambiental y las campañas nacionales de prevención de epidemias o de enfermedades contagiosas de especial gravedad, (c) *controlar* el cumplimiento de los objetivos globales del sistema tal como la calidad del servicio, control de áreas en las que naturalmente se producen situaciones monopólicas y fiscalización de los roles que competen a las partes, (d) *informar* a los usuarios

de manera que éstos orienten sus decisiones de atención hacia aquellos centros que presten la mejor calidad de servicio.

Sería precipitado extraer conclusiones acerca de la factibilidad económica de la implementación de este proyecto a partir de los pocos datos con que se cuenta respecto de las diferencias de costos de iguales prestaciones para los sectores público y privado. Sin embargo, se aprecia que es posible que los costos, en la actualidad, de un sistema privado con cerca de 8 años de perfeccionamiento y creciente competencia y un sector público masivo que puede haber acumulado ineficiencias a través del tiempo, no sean tan distintos. Por lo anterior, podría presumirse que la implementación de este nuevo esquema no debiera significar cambios dramáticos en el presupuesto que destina año a año el Estado a la salud pública.

Como extensión de este estudio y como una manera de agotar este tema de forma de poder presentarlo debidamente fundamentado a las autoridades del sector de salud pública chileno, habría que simular la real factibilidad económica de llevar adelante este plan de reforma. Para esos efectos, afortunadamente se cuenta con bastantes buenos datos de costos del sector público gracias a un reciente estudio realizado por el Banco Mundial en esa materia, parte de cuyos resultados se muestran en el presente informe. Sin embargo, sería necesario recopilar antecedentes de costos del sector privado comparables y compatibles metodológicamente con aquellos disponibles para el sector público. Asimismo, se requerirá contar con información confiable respecto de las frecuencias de prestaciones en ambos sectores de manera de poder modelar los volúmenes de demanda a que se verá enfrentado el nuevo sistema.

Pensamos que el sistema que aquí se propone puede tener muchas perspectivas en especial si se considera el hecho de que a pesar de que el Estado ha aumentado su presupuesto del sector salud en un 80% en 1992 respecto del año anterior, la población sigue percibiendo una mala calidad en la atención y manifiesta su descontento persistentemente en todas las encuestas políticas periódicas que se realizan con motivo de las próximas elecciones presidenciales. Sí es posible entonces concluir que la calidad de la atención de la salud pública en Chile no es sólo un problema de recursos sino que, y en mucho mayor medida, de incentivos para quienes proveen estos servicios. Lo que plantea la proposición entregada en este estudio apunta justamente a implantar un sistema que entregue los incentivos correctos a todos aquellos que están involucrados en la provisión de servicios de salud. Además, el sistema por sus características debiera propender a una mayor eficiencia y una más correcta asignación de los recursos que hoy día se destinan a este tema. La exitosa experiencia chilena en la reforma de la educación pública debiera dar motivos suficientes para comenzar a considerar este proyecto dentro de las prioridades sociales de los próximos años para Chile.

1.0 BREVE RESEÑA HISTORICA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Este capítulo consta de una descripción de la evolución del sistema de salud chileno desde comienzos de este siglo hasta la actualidad. Con él, se busca describir las bases sobre las cuales se han construido los esquemas que operan en la actualidad.

Desde principios de este siglo, se inicia en Chile un período de mayor participación del Estado en los asuntos referentes a la Salud pública. En 1920, se crea el primer sistema de pre-pago, se establece, asimismo, la Dirección General de Sanidad, se dicta el primer Código Sanitario y se funda el Patronato Nacional de la Infancia. Posteriormente, a mediados de siglo, se crea el PROTINFA (Protección de la Infancia y la Adolescencia), organismo de derecho público.

El pre-pago, se basa en la segmentación entre obreros y empleados, estimando que el obrero tiene mayores desventajas y tratando de llenar los vacíos que tiene la Junta Nacional de Beneficencia. Así se crea el Seguro Obrero con un anexo médico que se concentra inicialmente en la atención ambulatoria. Este resuelve los problemas del trabajador obrero, de su esposa en el embarazo, y los hijos menores de dos años. El resto de los niños recurren a la medicina privada, los hospitales de la beneficencia, el Patronato Nacional de la Infancia y la PROTINFA, que se crea justamente con ese objeto. El Seguro hace convenios con los hospitales de beneficencia, o sea, no hace inversión en infraestructura cerrada propia, desarrollando básicamente infraestructura de atención abierta (primaria).

Los empleados, por su parte, recurren inicialmente a la medicina privada, y las cajas que se crean apuntan principalmente a resolver problemas de pensiones, sin involucrarse en la atención médica. En 1937 se dicta en Chile la Ley de medicina preventiva que establece un examen de salud anual obligatorio para el trabajador. Para los obreros esta obligación es asumida por el Departamento médico del Seguro Obrero y para los empleados debe crearse el Sermena, con el objeto de entregar dichos beneficios.

En el año 1952 se produce en Chile una reforma previsional, creándose el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud. Este último encierra a todas las instituciones de derecho público: Beneficencia, Departamento Médico del Seguro Obrero, PROTINFA, Dirección General de Sanidad e Instituto Bacteriológico. En esta época nace el Colegio Médico de Chile producto de la resistencia del gremio a las reformas.

Desde el momento en que se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS), éste asume en un 100% la responsabilidad por la salud pública y la prevención. La preocupación del SNS en medicina curativa recae sobre indigentes y beneficiarios del servicio de Seguro Social. Los empleados no tienen resuelto aún el problema.

Recién en 1968, se crea el sistema de pre-pago en el Sermena con la Ley de Medicina Curativa de Empleados. Esta ley se puso en ejercicio sin que el ente prestador pensara en invertir en infraestructura. En el fondo, permite al beneficiario atenderse en los sistemas existentes.

En 1980, producto de la crisis del Sistema Previsional, se realiza en Chile una profunda reforma, la que se caracteriza por la participación de empresas privadas en la administración de los fondos de pensiones. El sistema de pensiones, pasa de ser un sistema de reparto a ser un sistema de capitalización individual.

En 1981, como complemento de estas reformas previsionales, se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), entidades privadas facultadas para la administración de las cotizaciones legales de salud, quienes constituyen una alternativa diferente para la solución de los problemas de salud de las personas.

Con la creación de las ISAPRES se consigue abrir el Sistema de Salud a las instituciones privadas, con el fin de descongestionar el aparato estatal y aumentar la eficiencia del sistema, optimizando la cobertura de salud de la población traspasada, la que se encontraba subutilizando un sistema único de salud que no satisfacía sus necesidades. Esto aún es insuficiente, ya que sólo permite acceso a los beneficios del sistema privado al 20% de la población perteneciente al segmento de más altos ingresos del país.

La reglamentación que regula a las ISAPRE, vigente desde 1981, fue revisada en 1990. Entre otras modificaciones, se creó una Superintendencia encargada de controlar y fiscalizar estas instituciones. En la actualidad, el Congreso debate algunas nuevas modificaciones al sistema, buscando hacer el sistema más trasparente para los usuarios.

Los trabajadores que opten por el sistema ISAPRES suscriben con la Institución un contrato individual donde se establecen la forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios de salud, los que no pueden ser inferiores a los que recibe un afiliado al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Dichos mínimos más carencias, exclusiones y naturaleza de la declaración de salud constituyen los parámetros de la ecuación del plan, estando sujetos al control estricto de la Superintendencia de ISAPRES.

El contrato tiene vigencia indefinida, pudiendo sólo ser desahuciado por el afiliado cada doce meses, salvo transgresiones a lo estipulado por la ley. Tampoco pierde vigencia el contrato, si la persona se encuentra gozando de subsidio por incapacidad laboral o en trámite de pensión por invalidez. Dicho contrato incluye a todas las cargas legales del cotizante y se extiende a todas las nuevas cargas.

En los diez años de vigencia de este sistema, se han incorporado 2,5 millones de personas, los que representan, aproximadamente un 20% de la población del país. Sin embargo, a pesar del éxito alcanzado por el sistema privado de seguros de salud, es poco probable un aumento significativo de su cobertura, en cuanto la gran mayoría de las personas que hoy no se han incorporado al sistema, no lo han echo por que son incapaces de financiar por sí solos los costos de estos seguros de salud. Sólo se podrían traspasar al sistema privado si el Estado permite que junto con ellos se traspasen los recursos que hoy destina a financiar la infraestructura de salud del Ministerio del ramo.

En 1985 se concibe la Ley de salud actual, la que se promulga el 31 de Diciembre de ese año. Desde la perspectiva de un modelo económico diferente, se

agrega a lo estipulado en la Constitución de 1925 (derecho a la salud de las personas), el principio de subsidiariedad del Estado, que asigna al Estado la responsabilidad de satisfacer los problemas de salud de las personas en aquellas partes donde el sector privado no fuera capaz o no tuviera los incentivos para resolverlo. Considera además la libertad de las personas para elegir la forma en que desean resolver sus problemas de salud y el acceso igualitario a los servicios, haciendo desaparecer cualquier barrera artificial que segmente a la población chilena para efectos de la atención de salud.

2.C ANALISIS DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD

Objetivos de este capítulo

Para efectos de poder modelar el sistema que se propone en el capítulo V, se comienza haciendo una descripción los sistemas de salud público y privado que operan en Chile. El capítulo IV versa sobre el sistema público describiendo su organización, los planes y programas de salud que ofrece, la cobertura que ha alcanzado y su infraestructura física y su dotación humana. Se han recopilado estadísticas de exámenes y prestaciones entregadas y ocupación de la capacidad hospitalaria. Se presentan, en este capítulo, ciertas comparaciones con el sistema privado o "de ISAPRE" para efectos de tener una primera noción de las diferencias y similitudes existentes entre ambos sectores. Por último, se entrega un resumen de los orígenes y destinos del gasto fiscal en salud y del aporte per cápita del Estado en esta materia.

2.1 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA

El Sistema de Salud Pública Chileno es de carácter mixto, con participación de entidades públicas y privadas. Considera dos componentes fundamentales: El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y el Extrasistema. El primero, cuya estructura normativa básica es el Ministerio de Salud (MINSAL), es de administración fundamentalmente estatal, y en principio descentralizado. El Segundo, que no se rige por las políticas del Ministerio de Salud, se relaciona con el primero a través de los convenios para la atención de Libre Elección.

El subsistema público es responsable por desarrollar las actividades de fomento y protección de la salud para toda la población, y de atender las necesidades de recuperación y rehabilitación del 80% de la población del país.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) está formado por 27 Servicios de Salud a lo largo de Chile (26 orientados a las personas y 1 Metropolitano del Ambiente), comprendiendo a todos los establecimientos de salud que se rigen por las políticas ministeriales. El órgano financiero de este subsistema es el Fondo Nacional de Salud (FONASA). A nivel regional, el Ministerio de Salud esta organizado en las Secretarias Regionales Ministeriales, las que tienen por funciones adaptar las políticas nacionales a la realidad regional, asesorar al Intendente Regional en las materias del Sector y realizar funciones de control y evaluación.

Además, componen el subsistema público la Central de Abastecimientos (CEBAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP), los que realizan tareas de apoyo a los Servicios de Salud.

El Extrasistema, definido por el conjunto de oferentes de servicios de salud que no tienen la obligación de regirse por las políticas ministeriales, no comprende sólo al sector privado, sino que incluye también a los establecimientos de las Fuerzas Armadas, Universidades y Empresas Públicas.

2.1.1. El Ministerio de Salud

En el Ministerio de Salud es el Ministro quien define las políticas, siendo el Subsecretario de Salud quien las ejecuta y la Oficina de Planificación y Presupuesto (DIPLAP), formada por técnicos y profesionales, la que las operacionaliza. Sin embargo existe una estructura informal del Ministerio, tan importante como la formal, integrada por un cuerpo de asesores del Ministro y Subsecretario, llamado Gabinete. Este cuerpo no siempre tiene los mismos criterios que el personal permanente del Ministerio.

2.1.2. Los Servicios de Salud

Los Servicios de Salud constituyen el eje central del SNSS, ya que son los responsables finales de ejecutar, a través de sus establecimientos, las acciones de salud sobre las personas y el ambiente establecidas en los programas ministeriales.

Estos servicios son 27 a lo largo de todo el país, y cuentan con autonomía administrativa, planta de personal propio y manejo presupuestario y patrimonial relativamente independiente. La creación de los Servicios de Salud persiguió principalmente una descentralización administrativa, así como reforzar la capacidad de gestión y la atención primaria, logrando una mayor autonomía en lo técnico. Estos objetivos sólo se han cumplido parcialmente teniendo los servicios de salud aún un alto grado de dependencia con el nivel central. Además de lo anterior, de los Servicios de Salud dependen las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN) dedicadas al manejo de las Licencias por Incapacidad Laboral Temporal y cierto tipo de invalideces de trabajadores no afiliados al sistema AFP.

2.1.3. Fondo Nacional de Salud (FONASA)

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el organismo financiero del sistema público de salud, tanto para las prestaciones otorgadas por los establecimientos estatales, como para las atenciones de los cotizantes del sistema público en la modalidad de libre elección.

El FONASA recibe los aportes del Estado al sector Salud, las cotizaciones previsionales de salud de las personas no adscritas al Sistema ISAPRES, los aportes del seguro de accidentes del trabajo de la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Estos recursos los distribuye entre los organismos que integran el SNSS, es decir, la Subsecretaría de Salud, los Servicios de Salud, la Central de Abastecimientos, el Instituto de Salud Pública, y mediante la modalidad de libre elección a profesionales e instituciones del extrasistema.

Figura 2-1
ORGANIGRAMA MINISTERIO DE SALUD

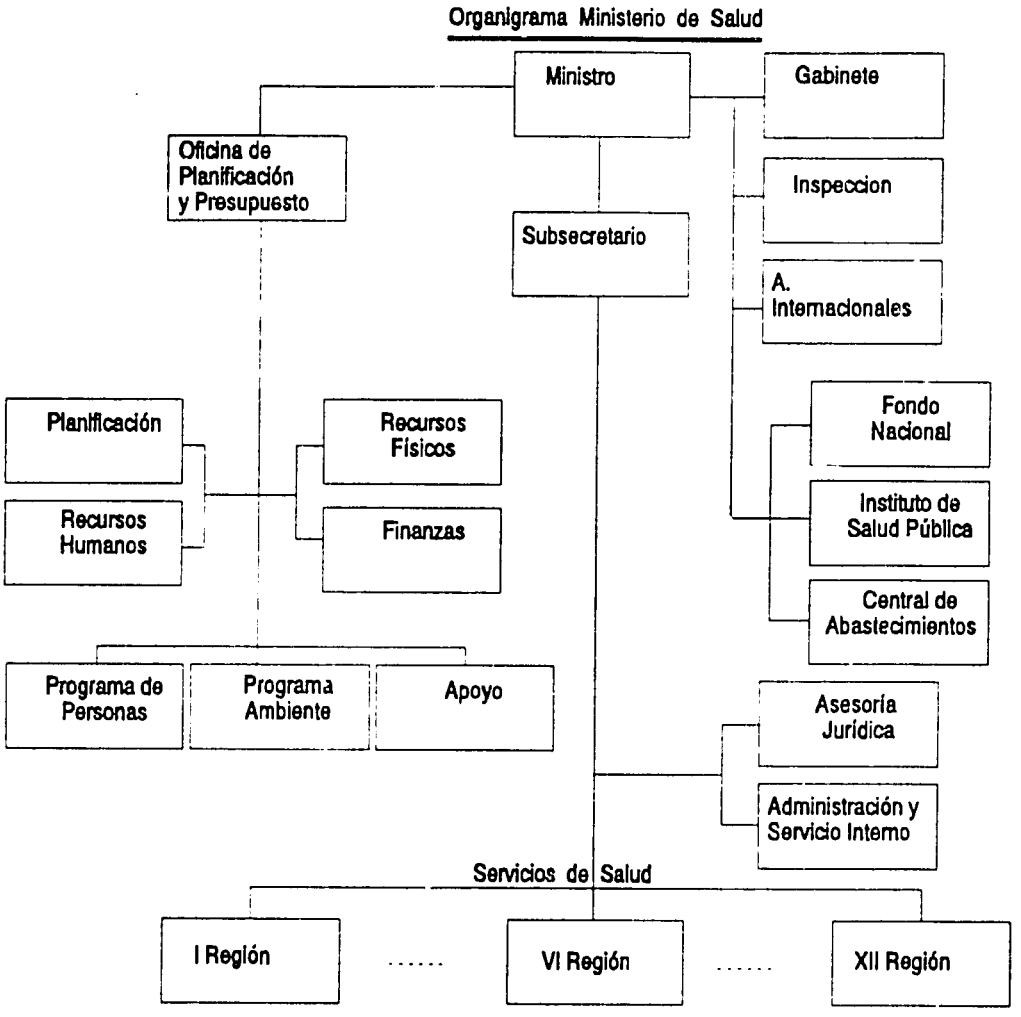


Figura 2-2
ORGANIGRAMA SERVICIOS DE SALUD

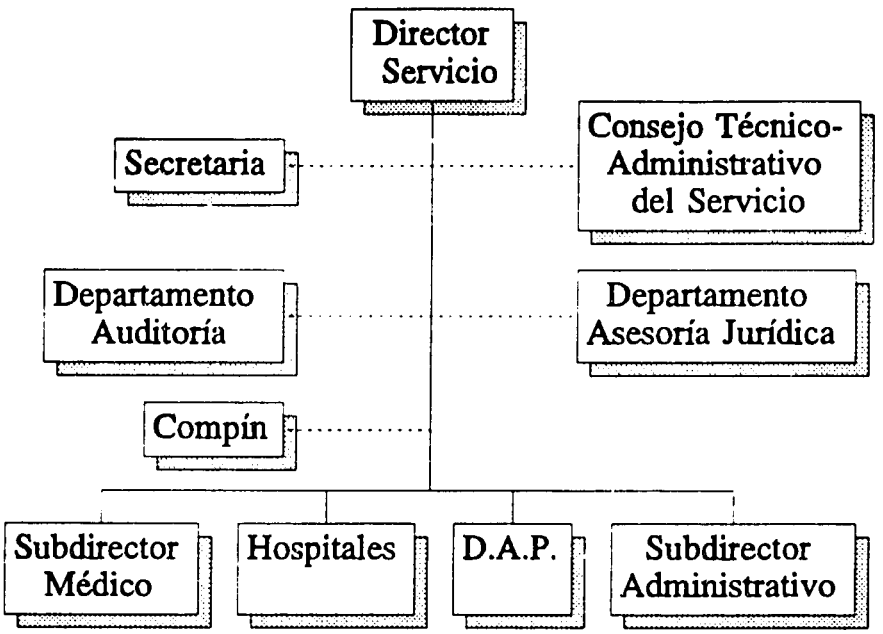


Figura 2-3
SUBDIRECTOR MEDICO

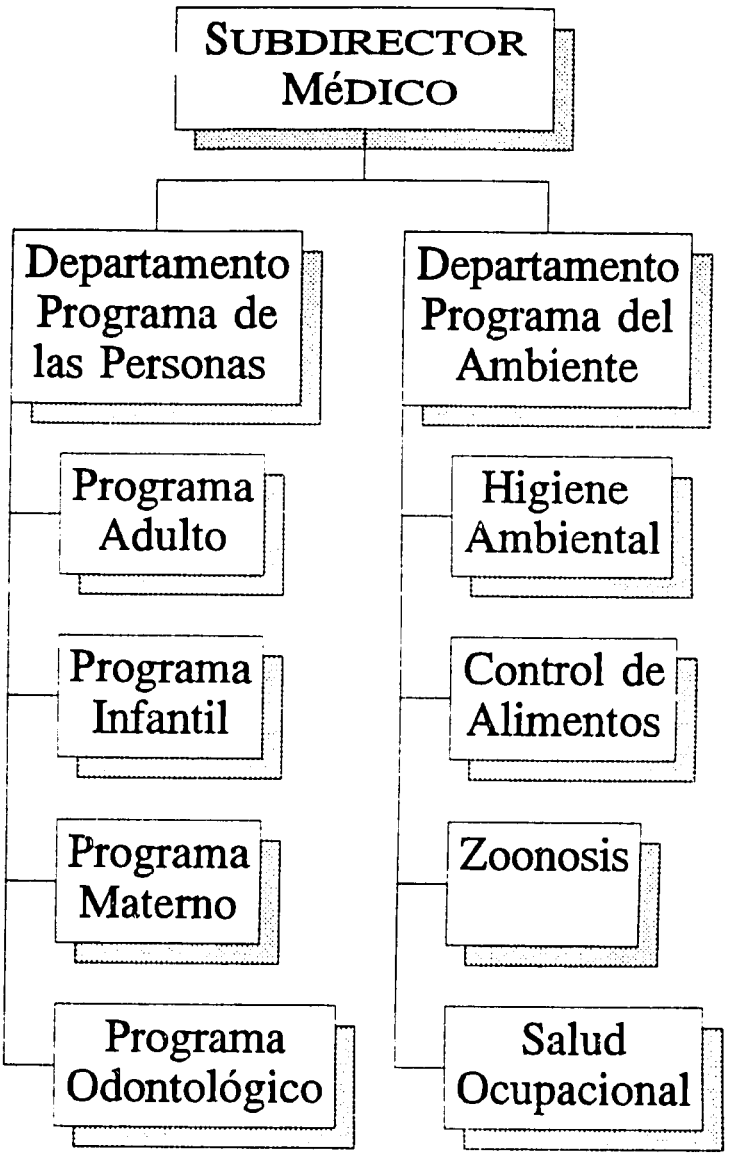
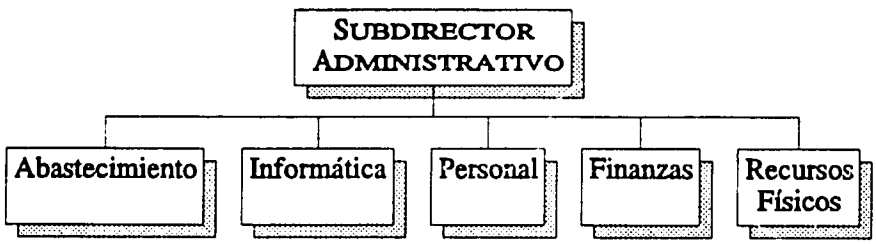


Figura 2-4
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO



2.1.4. Libre Elección

Los beneficiarios imponentes de la ley de salud en el sistema estatal pueden acogerse al sistema de libre elección, es decir, elegir al prestatario (médico o institución) donde desean ser atendidos, dentro de aquellos que establezcan convenios con el FONASA. Reciben un 50% de bonificación del arancel de prestaciones médicas aprobado por el Ministerio.

2.1.5. Prestaciones y Beneficiarios del Sistema

Los demandantes de prestaciones de salud pueden clasificarse en dos categorías:

- Familias que están adscritas a un sistema previsional formal. Estas están compuestas por trabajadores dependientes, jubilados que reciben pensiones o subsidios de incapacidad laboral, para lo cual destinan, al menos, el 7% de su ingreso disponible; asimismo, lo componen también los cotizantes voluntarios de las AFP.

- Familias no cotizantes del sistema previsional, en su mayoría de bajos recursos, las cuales reciben atención gratuita. Son familias carentes de recursos, que perciben pensiones asistenciales (PASIS), subsidio familiar (SUF) y subsidio de cesantía (SUBCES).

Para los efectos de la atención en el SNSS los demandantes han sido clasificados de acuerdo a sus rentas en los grupos A, B, C y D, donde reciben una bonificación por le costo de las prestaciones de un 100% para los grupos A y B, 75% para el grupo C, y 50% para el grupo D.. A la vez son beneficiarios del sistema en forma gratuita todas las mujeres embarazadas y los niños menores de 6 años.

Además, las prestaciones de medicina preventiva como tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, glaucoma, cáncer, diabetes, cardiopatías, insuficiencia renal, más las acciones de promoción y protección de salud, tales como inmunizaciones y otras, son gratuitas para todos.

2.1.6. Principales Programas

"Para desarrollar sus actividades, el sistema público cuenta con 180 hospitales, aproximadamente 32,850 camas, (76% del total de camas del país), 329 consultorios generales y 995 postas rurales. Cada año, el SNSS otorga alrededor de 19,600,000 consultas médicas y 1.100.000 hospitalizaciones."[2] De este total

---

[2] Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), Informe sobre el Desarrollo Social, 1991.

aproximadamente el 90% de los servicios de atención primaria se encuentran bajo administración municipal.

Los tres programas más importantes son los siguientes:

- Programa Materno-Perinatal: comprende el control del embarazo, atención del parto y del recién nacido.

- Programa Infantil y Adolescente: comprende actividades de control de niños sanos de 0 a 6 años y de morbilidad de todo el grupo etáreo, incluyendo actividades de educación.

- Programa del Adulto y Adolescente: comprende acciones orientadas hacia el control de la morbilidad, con subprogramas específicos para el control de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes.

Otros programas son el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que se orienta a la población infantil del país, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), que apoya los programas materno e infantil, consistiendo en la entrega de alimentos a embarazadas, nodrizas y niños menores de 6 años controlados por el SNSS. También se desarrollan programas enfocados a daños específicos como Tuberculosis, Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA.

2.2. ESTADÍSTICAS FÍSICAS DEL SECTOR PÚBLICO

2.2.1. Población Protegida por el Sector Salud Público

En el cuadro 2-1 se ha calculado la población efectivamente protegida por el sistema público de salud. Se ha tomado como referencia para su estimación, la población menor de 6 años que es controlada en los programas del Ministerio de Salud. A esta cantidad es necesario descontar luego la población que está adscrita a las ISAPRES, llegando así al número de personas que realmente están protegidas por el sistema público. Se puede apreciar la progresiva disminución de la población protegida, en la medida que la población afiliada a las ISAPRES crece.

CUADRO 2-1

POBLACIÓN PROTEGIDA POR SECTOR SALUD

AÑO	POBLACION TOTAL[3]	SISTEMA PUBLICO[4]	SISTEMA ISAPRES[5]	NO PROTEGIDOS
1974	10,185,781	8,810,701		1,375,080
1975	10,350,411	8,953,106		1,397,305
1976	10,509,669	9,090,864		1,418,805
1977	10,663,112	9,223,592		1,439,520
1978	10,816,362	9,356,153		1,460,209
1979	10,975,041	9,493,410		1,481,631
1980	11,144,769	9,640,225		1,504,544
1981	11,327,271	9,736,430	61,659	1,529,182
1982	11,518,800	9,799,455	164,307	1,555,038
1983	11,716,769	9,892,438	242,567	1,581,764
1984	11,918,590	9,944,240	365,340	1,609,010
1985	12,121,677	9,939,670	545,581	1,636,426
1986	12,327,030	9,743,037	921,284	1,662,709
1987	12,536,374	9,339,599	1,205,004	1,991,771
1988	12,667,593	9,171,337	1,450,175	2,046,081
1989	12,956,800	8,970,382	1,756,169	2,230,249
1990	13,177,100	8,800,623	2,108,308	2,268,169
1991	13,401,146	8,528,268	2,566,144	2,306,734

En todos los cálculos venideros de variables per cápita se utilizará como población relevante la población protegida, calculada en la tabla anterior.

---

[3] Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas

[4] Fuentes: Indicadores Financieros Sector Salud Público. 1974-1988. Ministerio de Salud, Mayo 1989.

Población Protegida = Población Total x % Cobertura - Población Beneficiaria ISAPRES
% Cobertura = (Población Bajo Control < 6 Años) / (Población Total < 6 Años)

[5] Fuente: Superintendencia de Isapres

2.2.2. Consultas Médicas[6]

CUADRO 2-2

CONSULTAS REALIZADAS POR MÉDICOS

	1986	1987	1988	1989
TOTAL	14,461,447	13,896,444	14,382,822	14,599,118
PER CAPITA[7]	1.48	1.49	1.57	1.63

La frecuencia de consultas médicas que se observa en el cuadro 2-2 de entre 1,5 y 1,6 consultas al año es significativamente inferior al que presenta la población afiliada a las ISAPRES, la que sobrepasa las 3 consultas por persona al año. Estas diferencias se pueden explicar por dos factores:

- Gran parte de las consultas preventivas son realizadas por personal no médico en el sistema estatal, mientras que en las ISAPRES estas son realizadas casi íntegramente por médicos. Si sumamos las consultas de médicos y no médicos, estas se acercan a las 3 consultas al año observadas en las ISAPRES.

- Un porcentaje de la demanda del sector público queda insatisfecha por falta de recursos materiales para satisfacerla.

[6] Fuente: Informe sobre el Desarrollo Social 1991. Ministerio de Planificación. (MIDEPLAN)

[7] Elaborado en base a la Población Protegida por el Sector Salud Público calculada en el punto 2.

CUADRO 2-3

CONSULTAS REALIZADAS POR NO MÉDICOS

	1986	1987	1988	1989
ENFERMERAS	4,424,897	4,253,276	4,409,137	4,620,137
MATRONAS	4,028,726	3,982,453	4,288,276	4,977,084
NUTRICIONISTAS	1,336,867	1,405,160	1,418,740	1,548,532
AUXILIARES	2,434,908	2,600,821	2,574,337	3,244,990
ODONTOLOGOS	1,651,425	1,605,758	1,676,246	1,751,969

CUADRO 2-4

CONSULTAS REALIZADAS POR NO MÉDICOS PER CÁPITA

	1986	1987	1988	1989
ENFERMERAS	0.45	0.46	0.48	0.52
MATRONAS	0.41	0.43	0.47	0.55
NUTRICIONISTAS	0.14	0.15	0.15	0.17
AUXILIARES	0.25	0.28	0.28	0.36
ODONTOLOGOS	0.17	0.17	0.18	0.20
TOTAL	1.42	1.49	1.57	1.80

Como se puede ver en el cuadro 2-4, las consultas realizadas por personal no médico, incluyendo las consultas realizadas por odontólogos, mantienen una tendencia creciente, pasando desde 1,42 consultas por beneficiario al año en 1986 a 1,80 consultas por beneficiario en 1989. De las 0.38 consultas de aumento, sólo 0.03 corresponden a Odontólogos, las que en 1989 alcanzaban a 0.20 consultas por beneficiario al año.

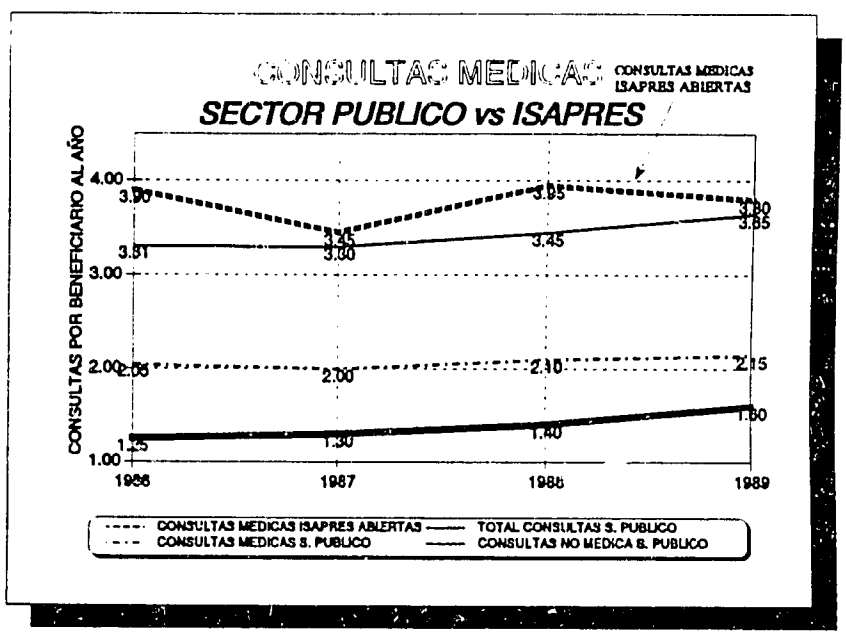


Gráfico 2-1

En el Gráfico 2-1 se puede observar la evolución comparativa de las consultas médicas tanto para el sector público como para las ISAPRES. En primer lugar se puede apreciar el total de consultas realizadas por médicos en el sector público incluyendo una estimación de las consultas efectuadas mediante el subsistema de libre elección con médicos particulares[8]. En segundo lugar se presentan las consultas no médicas del sector público, a las que se han descontado las consultas dentales, la que no están incluidas en las ISAPRES. Luego se presenta la suma de ambas cantidades, lo que es comparado con las consultas por beneficiario de las ISAPRES, observando niveles de prestaciones similares.

2.2.3. Exámenes en el Sistema Público[9]

CUADRO 2-5
EXÁMENES
(Expresado en miles de unidades)

	1986	1987	1988	1989
LABORATORIO	15,340	18,719	20,074	21,828
IMAGENOLOGIA	1,201	1,460	1,714	1,870
ANATOMIA PATOLOGICA	455	552	635	636

CUADRO 2-6
EXÁMENES PER CÁPITA

	1986	1987	1988	1989
LABORATORIO	1.57	2.00	2.19	2.43
IMAGENOLOGIA	0.12	0.16	0.19	0.21
ANATOMIA PATOLOGICA	0.05	0.06	0.07	0.07
TOTAL	1.74	2.22	2.45	2.71

[8] A partir de las 4,5 millones de consultas financiadas por FONASA en 1991, y de una población protegida aproximada de 9 millones de beneficiarios, se ha calculado una relación de 0,5 consultas libre elección por beneficiario. Esta cantidad se agrega a las consultas realizadas directamente por funcionarios del sector público.

[9] Fuente: Informe sobre el Desarrollo Social, 1991. Ministerio de Planificación. (MIDEPLAN).

Es indudable el acelerado incremento de los exámenes por beneficiario, los que crecen a una mayor velocidad que las consultas médicas. En el período en análisis, se incrementaron desde 1,74 a 2,71 exámenes por beneficiario al año, esto es un aumento de más de un 50% en tan solo 4 años. En volumen son los exámenes de laboratorio los que más incrementaron, mientras que porcentualmente son los de imagenología, los que se incrementaron en más de un 70%.

Es importante destacar, que la frecuencia de exámenes de laboratorio por persona en el sistema público es similar a la observada en las isapres. En el caso de la imagenología, los valores observados representan menos de la mitad en el sector público que en las ISAPRES.

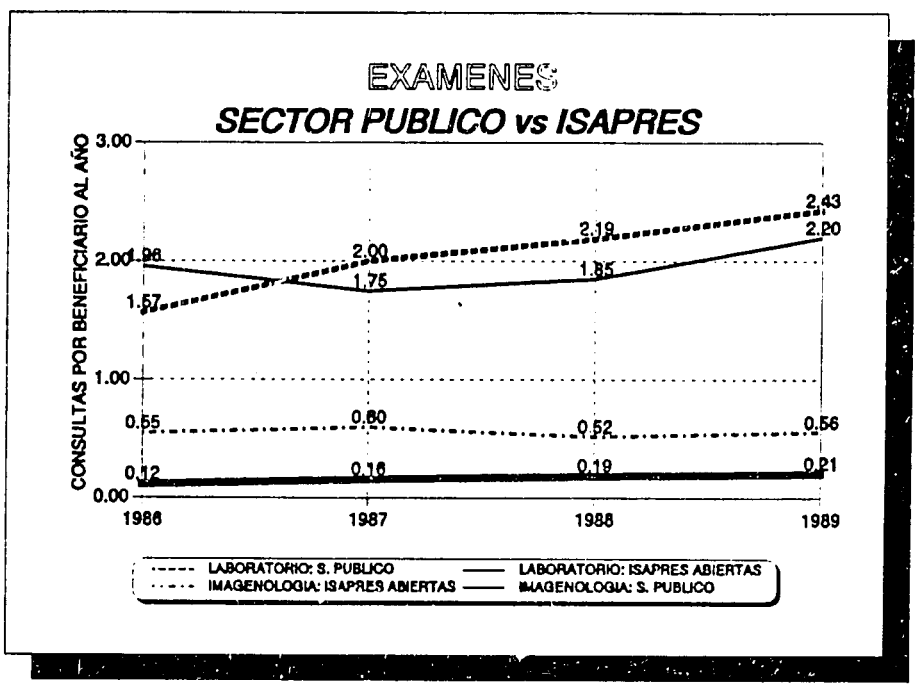


Gráfico 2-2

En el Gráfico 2-2, se pueden observar dos comparaciones entre el sector público (SNSS) y el privado (ISAPRES Abiertas) correspondientes a exámenes tanto de laboratorio como de radiología. Se puede apreciar que los exámenes de laboratorio por beneficiario del sector público no sólo son del mismo orden de magnitud que los realizados por las isapres, sino que son levemente superiores en 3 de los cuatro años estudiados. No existiría por lo tanto carencia de estos servicios en el sector público.

En cuanto a los exámenes de imagenología, en las isapres la cantidad hoy presentada es más del doble, que la presentada por el sector público, lo que refleja la falta de recursos, que en general presenta el sector en esta área.

2.2.4. Personal Médico y Paramédico del SNSS[10]

CUADRO 2-7
DOTACIÓN DE PERSONAL

AÑO	MEDICOS	ENFERMERAS	AUXILIARES	TOTAL
1978	5,248	2,550	21,389	29,187
1979	5,671	2,780	21,286	29,737
1980	4,128	2,509	23,136	29,773
1981	4,128	2,509	23,136	29,773
1982	5,416	2,717	23,172	31,305
1983	5,527	2,710	23,277	31,514
1984	6,067	2,777	23,346	32,190
1985	5,549	2,800	23,589	31,938
1986	5,928	2,715	23,377	32,020
1987	5,744	2,461	21,943	30,148
1988	5,348	2,186	20,418	27,952

En el cuadro 2-7 se puede observar la dotación de personal médico y paramédico del SNSSentre 1978 y 1988, se puede ver que en términos agregados ha disminuido en poco más de 1.200 cupos, fundamentalmente producto de una disminución de casi 1.000 cupos en el personal auxiliar. Al tomar las cifras por beneficiario, la disminución ha sido menor, pasando desde 3.12 funcionarios por cada 1.000 beneficiarios en 1978 a 3.05 en 1988. Desde este punto de vista, mientras los médicos presentan un aumento desde 0.56 a 0.58 funcionarios por cada 1.000 beneficiarios, tanto las enfermeras como los auxiliares presentan disminuciones en sus dotaciones per cápita.

Es importante destacar, que la población atendida por el sistema público, tiene mediante el sistema de libre elección, acceso a la atención el sector privado, lo que representó en 1990 a 4.523.108 consultas adicionales a las otorgadas directamente por los médicos funcionarios del sector público. Además,

[10] Fuente: Informe sobre el Desarrollo Social, 1991. Ministerio de Planificación (MIDEPLAN).

habría que destacar, que de acuerdo a los registros del Colegio Médico de Chile, había en 1991 14.203 médicos, lo que equivale a 1,07 médicos por habitante.

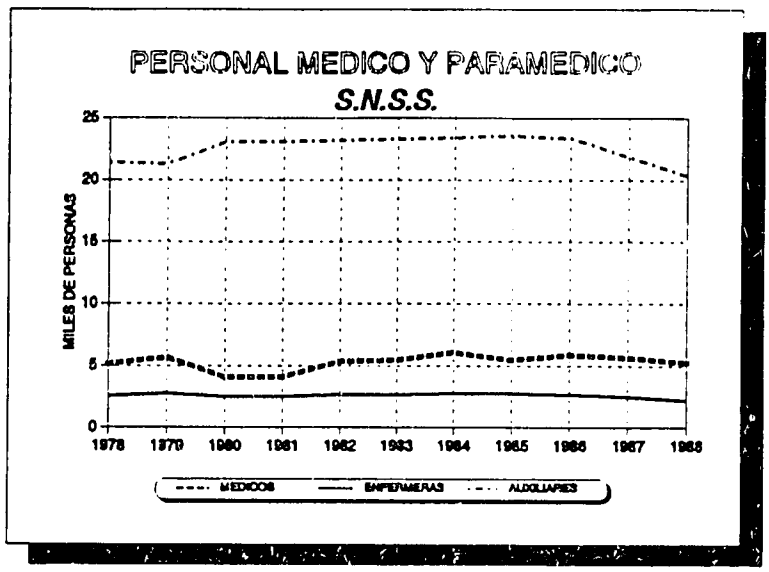


Gráfico 2-3

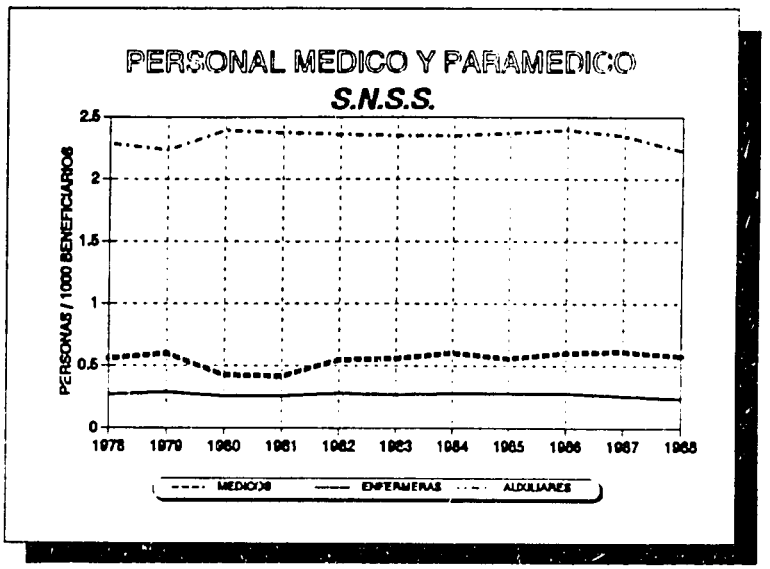


Gráfico 2-4

En los gráficos 2-3 y 2-4 se puede apreciar la evolución de la dotación de personal del SNSS tanto total como per cápita. Se puede ver que en términos generales, el número total de personas contratadas se mantuvo constante, destacando una disminución de la dotación de auxiliares en los últimos dos años. Tanto entre los médicos como entre las enfermeras los niveles son similares.

En cuanto a los valores por beneficiario, los cambios han sido aún menores, esto debido a que la disminución paulatina de la dotación de personal ha ido a la par con disminuciones en el número de beneficiarios del sector público.

CUADRO 2-8

PERSONAL POR CADA 1.000 HABITANTES

AÑO	MEDICOS	ENFERMERAS	AUXILIARES	TOTAL
1978	0.56	0.27	2.29	3.12
1979	0.60	0.29	2.24	3.13
1980	0.43	0.26	2.40	3.09
1981	0.42	0.26	2.38	3.06
1982	0.55	0.28	2.36	3.19
1983	0.56	0.27	2.35	3.18
1984	0.61	0.28	2.35	3.24
1985	0.56	0.28	2.37	3.21
1986	0.61	0.28	2.40	3.29
1987	0.62	0.26	2.35	3.23
1988	0.58	0.24	2.23	3.05

2.2.5. Camas de Hospital[11]

CUADRO 2-9

CAMAS DISPONIBLES

AÑOS	TOTAL CAMAS	CAMAS POR 1000 HAB.	DIAS CAMA TOTALES
70-73	33,847	ND[12]	12,354,155
74-77	33,613	3.73	12,268,745
78-81	33,698	3.53	12,299,770
82-85	33,694	3.41	12,298,310
86-89	32,840	3.53	11,986,600
86	33,101	3.40	12,081,865
87	32,594	3.49	11,896,810
88	32,850	3.58	11,990,250
89	32,815	3.66	11,977,475

En el cuadro 2-9 se puede observar la evolución de los recursos hospitalarios medidos en términos del número de camas disponibles. Como se puede ver, entre las cifras promedios de 1970-73 y 1989, el número de camas ha disminuido en más de 1.000 camas. Estas cifras no dicen nada con respecto al estado de esta infraestructura, ni de la calidad de los servicios médicos que sobre ellas se prestan, como tampoco sobre la necesidad de camas por beneficiario, la que indudablemente ha disminuido en los últimos años debido al avance de los tratamientos médicos.

[11] Fuente: Informe sobre el Desarrollo Social, 1991. Ministerio de Planificación. (MIDEPLAN)

[12] ND: No Disponible debido a que la serie de población beneficiaria sólo está disponible desde 1974.

CUADRO 2-10

UTILIZACIÓN DE LAS CAMAS

AÑOS	DIAS ESTADIA	% OCUPACION	DIAS CAMA UTILIZADOS	DIAS CAMA POR 1000 HABIT.
70-73	11.2	80.4	9,932,741	ND[13]
74-77	10.6	76.5	9,385,590	1,041
78-81	9.4	75.6	9,298,626	973
82-85	9.5	75.7	9,309,821	941
86-89	8.3	75.1	9,001,937	967
86	8.5	74.8	9,037,235	928
87	8.2	73.8	8,779,846	940
88	8.3	75.9	9,100,600	992
89	8.1	75.7	9,066,949	1,011

Se pueden observar los altos niveles presentados por la ocupación de las camas de hospital, los que sobrepasan casi todos los años el 75%. Esto esconde hospitales con ocupaciones de prácticamente el 100%, y otros de mucha más baja ocupación, es decir, la dispersión de este indicador es alta. Por otra parte, el número de días cama al año por cada 1000 personas es de alrededor de 1000 (lo que equivale a 1 día-cama por persona al año), esto es muy superior a lo observado por las isapres, donde el promedio no sobrepasa las 400 días cama al año para 1000 personas. Incluso las isapres cerradas, no superan los 700 días cama por cada 1000 afiliados al año.

[13] ND: No Disponible debido a que la serie e población beneficiaria sólo está disponible desde 1974.

2.3. ANTECEDENTES FINANCIEROS DEL SECTOR PÚBLICO[14]

CUADRO 2-11

INGRESOS DEL SECTOR SALUD PÚBLICA

Miles de US$ reales Dic 1990	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
INGRESOS DE OPERACION	35,393	43,241	36,909	40,235	57,178	46,072	42,913	47,125	50,995	38,962	34,381	28,877	27,487	29,016	44,403	49,626	30,805	68,036
VENTAS DE ACTIVOS	3,539	1,491	1,495	1,341	1,676	4,572	370	992	2,014	129	376	1,311	3,263	1,112	4,578	6,259	3,358	615
RECUPERACION DE PRESTAMOS														2,200	2,200	2,640	2,422	1,627
TRANSFERENCIAS	132,724	128,977	114,866	156,859	180,654	205,909	174,390	174,254	179,352	183,253	197,574	180,881	210,492	217,848	240,871	296,024	325,057	294,401
OTROS INGRESOS	26,545	31,685	23,456	29,338	38,508	56,661	29,804	84,663	78,655	83,890	74,945	72,308	73,063	56,893	67,005	61,229	63,595	61,770
ENDEUDAMIENTO					1,403	4,395		2,233	3,161	2,255						24,657	4,079	9,527
APORTE FISCAL	313,229	216,205	206,279	224,755	258,722	271,891	334,672	327,644	319,925	263,692	250,356	228,682	210,061	212,716	230,786	211,867	249,962	319,647
OPERACION AÑOS ANTERIORES				9,723	25,256	14,748	31,632	6,504	21,123	12,163	8,722	11,371	8,070	8,582	6,699	6,602	15,583	6,736
SALDO CAJA				10,673				9,358	34,308			3,876			1,799	14,568	10,899	30,547
TOTAL	511,430	421,600	383,008	472,925	563,398	604,249	613,801	652,754	689,535	584,347	566,354	527,305	532,438	528,367	598,341	673,473	705,761	792,907

[14] Fuente:Indicadores Financieros Sector Salud Público. 1974-1988. Ministerio de Salud, 1989, y elaboración propia en base a antecedentes de los Ministerios de Salud y Planificación.

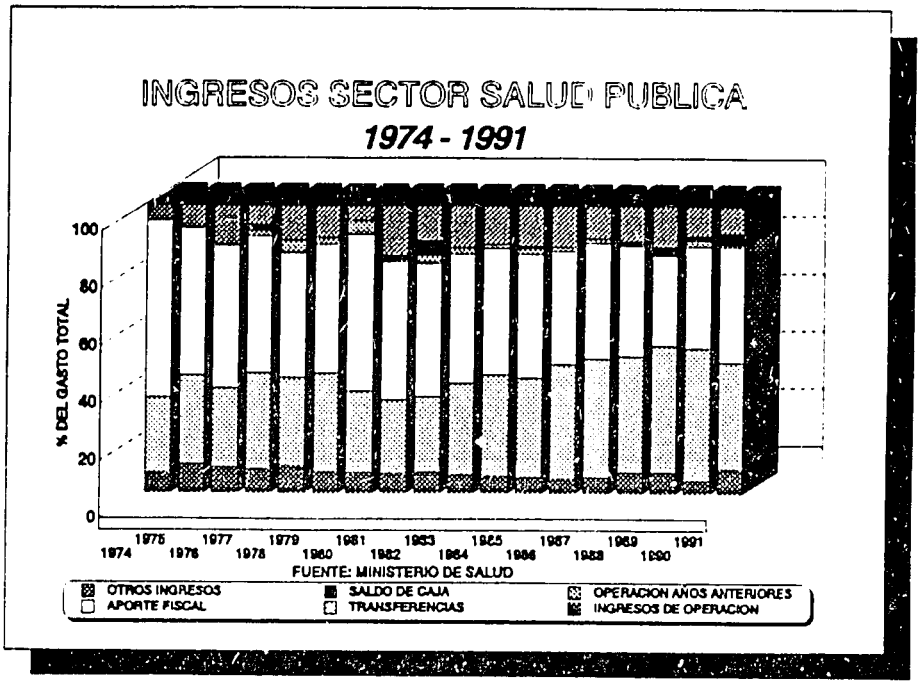


Gráfico 2-5

Como se puede observar en el Cuadro 2-11, las fuentes de financiamiento de sector salud pública han cambiado significativamente en los últimos años. En 1974 el aporte fiscal representaba más del 60% de los ingresos del sector, siendo las transferencias (cuya principal componente son los aportes previsionales de los trabajadores) la segunda fuente en importancia.

Para 1990, las transferencias habían sobrepasado al aporte fiscal, constituyéndose así en la principal fuente de ingresos del sistema. Este fenómeno se produce a pesar de la migración de cotizantes a partir de 1981 desde el sector público al sector privado, por un aumento en las cotizaciones a salud, el que las llevo desde un 4% hasta el 7% de los ingresos imponibles hoy vigente.

En 1991, producto de un aumento significativo de los recursos destinados por el Estado al sector, se revierte esta situación, llegando el aporte fiscal a representar más del 40% del ingreso total. Los ingresos de operación, no han alcanzado el 10% del ingreso total en todo el horizonte considerado.

CUADRO 2-12
EGRESOS DEL SECTOR SALUD PÚBLICA

Miles de US$ reales Dic 1990	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
REMUNERACIONES	203,510	168,864	163,965	199,699	225,983	239,918	219,216	241,440	247,329	206,846	205,339	196,861	198,168	200,115	215,164	215,739	217,728	251,439
BIENES Y SERVICIOS	113,258	89,464	84,627	93,993	123,593	127,598	124,478	122,714	148,565	137,219	135,642	131,917	127,585	145,520	177,015	201,551	151,164	209,177
PRESTACIONES PREVISIONALES	83,174	101,020	103,944	90,919	115,486	154,616	162,564	195,325	214,102	169,430	152,149	145,935	142,977	111,107	132,498	124,979	123,463	120,654
TRANSFERENCIAS CORRIENTES	65,477	52,360	50,707	56,105	55,034	51,558	37,826	45,264	57,841	37,481	48,329	39,984	36,915	51,611	40,987	70,805	83,383	98,898
INVERSION REAL	49,550	24,975	20,582	11,623	13,174	18,140	22,717	17,847	16,425	4,857	9,765	12,550	8,609	8,363	14,677	18,094	18,837	70,100
INVERSION FINANCIERA													191	3,099	3,960	3,394	3,115	3,573
OPERACION AÑOS ANTERIORES	7,079	9,319	5,289	10,785	11,849	15,102	32,632	24,741	19,881	28,771	17,529	21,068	20,762	18,384	20,699	15,126	25,329	19,973
OTROS COMPROMISOS PENDIENTES								6,522	1,130	1,482	1,194	107	2,041	4,780	835	1,767	1,635	1,110
DEUDA PUBLICA										335	32	157	130	156	133	120	1,896	2,897
SALDO FINAL DE CAJA																	36,266	11,626
SUB-TOTAL	522,048	446,202	429,116	463,034	545,118	606,933	599,453	653,853	705,272	586,421	569,978	548,579	537,574	543,134	605,969	649,774	663,112	789,446
AJ.DEUDA PNAC													3,748					
TOTAL SECTORIAL	522,048	446,202	429,116	463,034	545,118	606,933	599,453	653,853	705,272	586,421	569,978	548,579	541,122	543,134	605,969	649,774	663,112	789,446

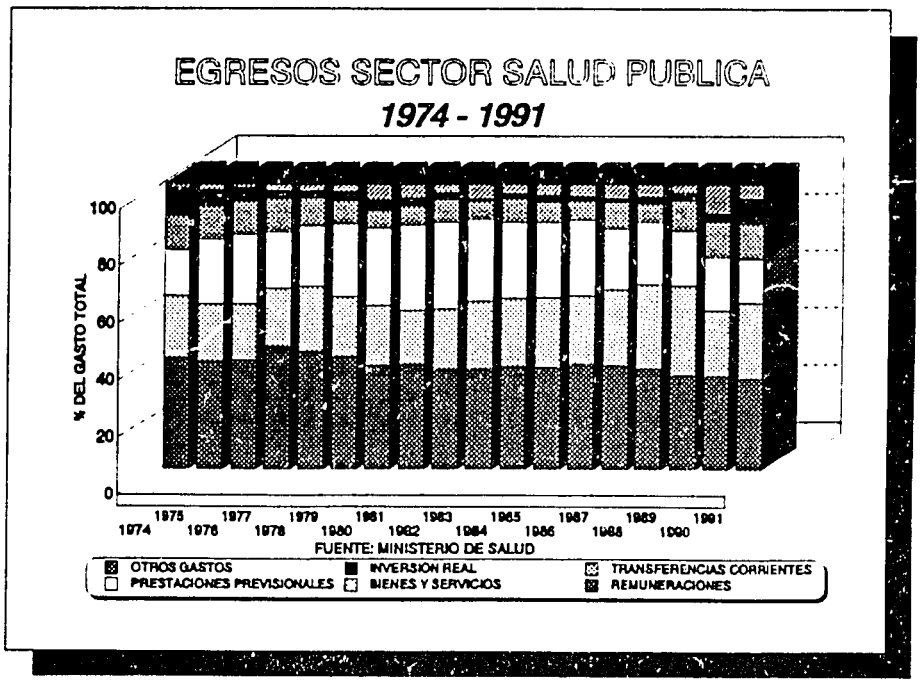


Gráfico 2-6

La evolución de la composición de egresos del sector salud pública también ha sido significativo. Durante todo el período se encuentran en primer lugar los gastos en remuneraciones. Estos disminuyeron su participación en el gasto desde cerca de un 40% que representaban en 1974 hasta algo más de un 30% en 1991. En cambio, los gastos en bienes y servicios han aumentado, absorbiendo la participación en el gasto cedida por las remuneraciones, pasando desde poco más de un 20% en 1974 a casi un 30% en 1991.

CUADRO 2-13

APORTE FISCAL TOTAL Y PER CÁPITA

(moneda real)

AÑO	APORTE TOTAL Miles de US$ Dic 1990	APORTE PER CAPITA US$ Dic 1990
1974	313,229	35.55
1975	216,205	24.15
1976	206,279	22.69
1977	224,755	24.37
1978	258,722	27.65
1979	271,891	28.64
1980	334,672	34.72
1981	327,644	33.65
1982	319,925	32.65
1983	263,692	26.66
1984	250,356	25.18
1985	228,682	23.01
1986	210,061	21.56
1987	212,716	22.78
1988	230,786	25.16
1989	211,867	23.62
1990	249,962	28.40
1991	319,647	37.48

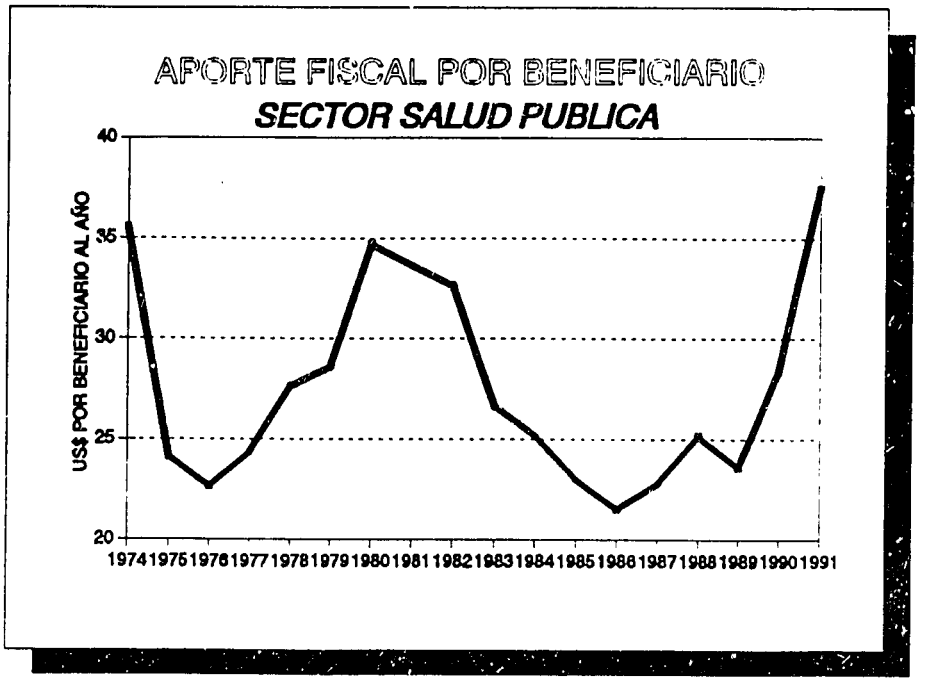


Gráfico 2-7

El Aporte Fiscal per Cápita, ha sido afectado por las crisis económicas que han afectado al país en 1976 y 1982. Posteriormente este indicador se ha recuperado lentamente (más lentamente que la economía) en ambas ocasiones alcanzando los niveles anteriores a las crisis. Por primera vez en 1991, con 37,48 US$ per cápita, se superó el nivel alcanzado en 1974, el que fue de 35,55 US$ per cápita. Este valor es sustancialmente superior al de 1990, de sólo US$ 28,40 per cápita.

CUADRO 2-14

GASTOS FISCAL EN SALUD TOTAL Y PER CÁPITA

(moneda real)

AÑO	GASTO FISCAL TOTAL Miles de US$ Dic 1990	GASTO FISCAL PER CAPITA US$ Dic 1990
1974	522,048	59.25
1975	446,202	49.84
1976	429,116	47.20
1977	463,034	50.20
1978	545,118	58.26
1979	606,933	63.93
1980	599,453	62.18
1981	653,853	67.16
1982	705,272	71.97
1983	586,421	59.28
1984	569,978	57.32
1985	548,579	55.19
1986	541,122	55.54
1987	543,134	58.15
1988	605,969	66.07
1989	649,774	72.44
1990	663,112	75.35
1991	789,446	92.57

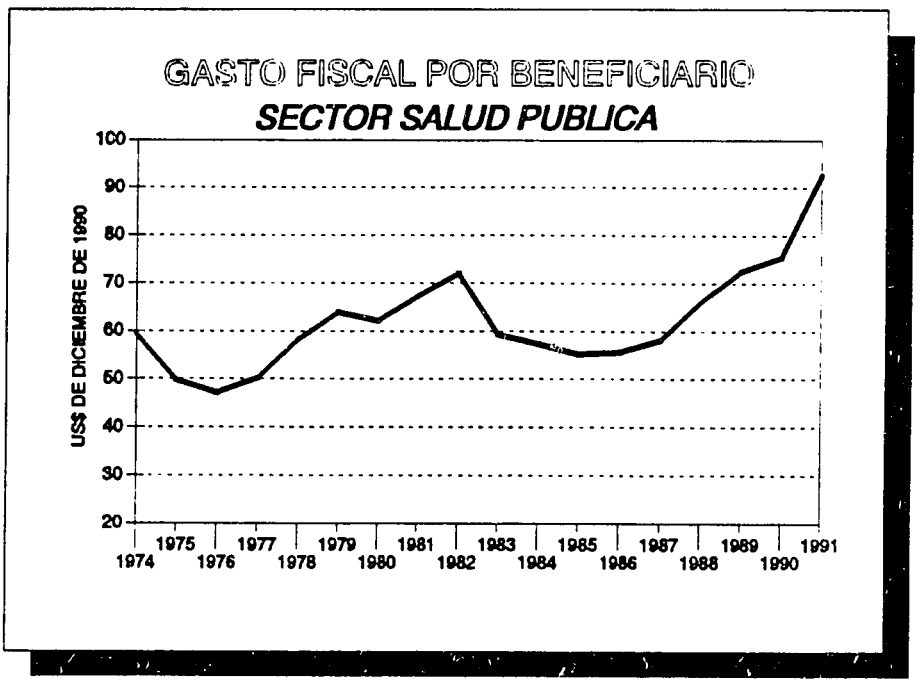


Gráfico 2-8

El Gasto Fiscal en Salud, aunque afectado por las crisis económicas lo hace de una manera menos pronunciada que el aporte fiscal, y por lo tanto con períodos de recuperación más breves. En parte esto se debe a la evolución de otras componentes del financiamiento de la salud, como son por ejemplo, los aportes previsionales de los trabajadores, los que como se dijo anteriormente pasaron de un 4% a un 7% de la renta imponible en los último años.

Así, el gasto en salud luego de la recesión de 1976 sobrepasó su nivel de 1974 (59.25 US$ per cápita) en 1979 con US$ 63.93 per cápita. En 1982 alcanzó un máximo con US$ 71,97 per cápita. Este nivel debió esperar hasta 1989 para ser superado con US$ 72,44 per cápita.

CUADRO 2-15

P.G.B. TOTAL Y PER CÁPITA

(moneda real)

AÑOS	PGB TOTAL Millones de US$ Dic 1990	PGB PER CAPITA US$ Dic 1990	GASTO SALUD COMO % PGB
1980	20,310	1,822	3.41%
1981	21,433	1,892	3.55%
1982	18,414	1,599	4.50%
1983	18,283	1,560	3.80%
1984	19,443	1,631	3.51%
1985	19,919	1,643	3.36%
1986	21,046	1,707	3.25%
1987	22,254	1,775	3.28%
1988	23,891	1,886	3.50%
1989	26,278	2,028	3.57%
1990	26,841	2,037	3.70%
1991	28,452	2,123	4.36%

El gasto en salud como porcentaje de Producto Geográfico Bruto (PGB) ha variado entre el 3,3% y el 4,5% en los últimos 12 años. El claro aumento que se aprecia en el año 1991 es producto del programa de mayor gasto social emprendido por el nuevo gobierno que asumió en marzo de 1990. Sin embargo, a pesar del mayor gasto registrado en salud, la población persiste manifestándose insatisfecha con la calidad de la atención percibida lo que muestra que éste no es sólo un problema de recursos sino también de la calidad y la magnitud de los incentivos otorgados a quienes prestan las acciones de salud.

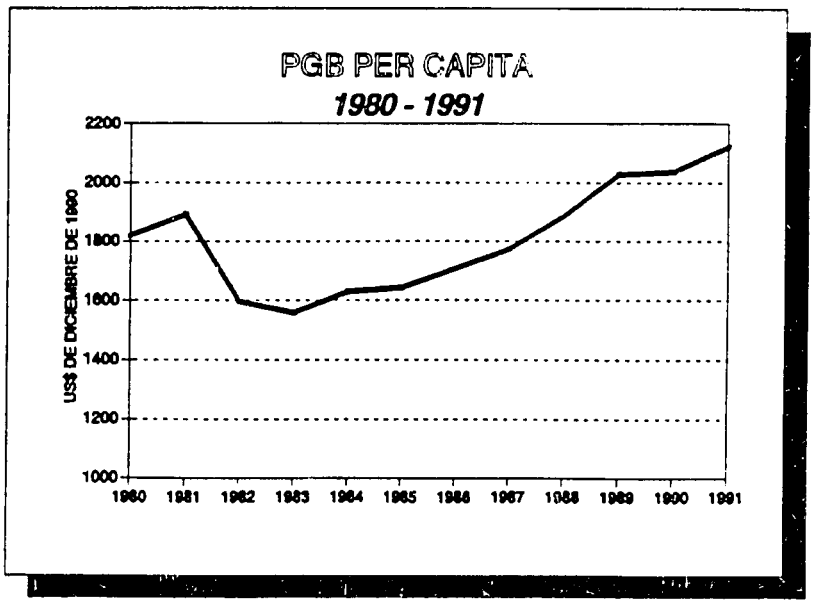


Gráfico 2-9

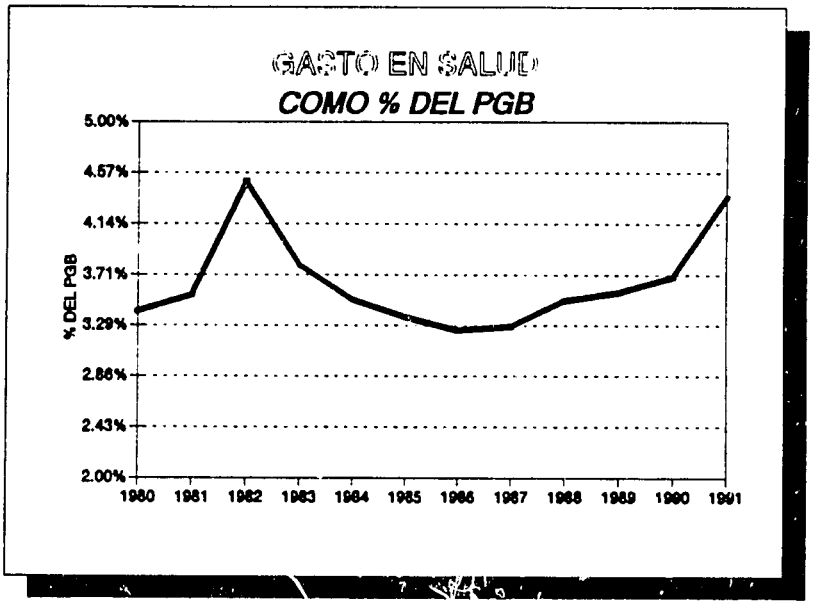


Gráfico 2-10

3.0 ANALISIS DEL SISTEMA ISAPRE

Objetivos de este capítulo

En este capítulo se comienza definiendo las dos categorías de ISAPRE que contempla la Ley: las abiertas y las cerradas. En seguida, se entrega una reseña del marco jurídico que regula este sub-sector, sus organismos supervisores y los nuevos proyectos legales en discusión en el parlamento. También se presenta un análisis de organización industrial de las instituciones que operan en este mercado, su crecimiento desde su creación, las participaciones de mercado de las distintas ISAPRE existentes, las tarifas cobradas y su evolución. Se entregan, a la vez, estadísticas de demanda por las distintas prestaciones de salud y su evolución en el tiempo.

3.1. DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA ISAPRE

Las ISAPRE nacieron en 1981 como complemento de la reforma previsional realizada en 1980, y que modificó sustancialmente el sistema de pensiones, desde uno basado en el reparto de los fondos a uno basado en la capitalización individual, y en el que los fondos de pensiones son administrados por empresas privadas especializadas.

Las ISAPRE por su parte, reemplazan al sistema de salud estatal, pudiendo para estos efectos cobrar las cotizaciones previsionales obligatorias para salud (7% de la Renta Imponible de los trabajadores). Estas instituciones son entidades privadas que pueden otorgar prestaciones de salud en su propia infraestructura o, en su defecto, financiar los gastos de salud de las personas en una proporción que se estipula en contratos individuales. Sólo se les exige que cumplan con los mínimos que estipula la ley en lo referido a medicina preventiva, controles de salud y pago de subsidios por incapacidad laboral temporal (licencias médicas). Estos mínimos más carencias[15] y exclusiones[16], se constituyen en los parámetros del plan, donde el resto de las prestaciones (medicina curativa) se pactan de común acuerdo entre ambas partes.

Las ISAPRE no tienen la obligación legal de incorporar a todo aquel que pague sus tarifas y quiera hacerlo. Pueden por lo tanto seleccionar a sus

---

[15] Carencias: Beneficios Médicos que están suspendidos o disminuidos por un período de tiempo.

[16] Exclusiones: Son Prestaciones Médicas que no están contempladas dentro del contrato de salud. Estas son generalmente producto de enfermedades que ya existían (preexistentes) al suscribir el contrato.

afiliados de acuerdo a los criterios que estimen convenientes. Esto último, ha permitido la existencia de dos tipos de ISAPRE:

i) ISAPRE Cerradas: Son ISAPRE que satisfacen las necesidades de grupos de personas, relacionadas generalmente a una empresa o grupo de empresas, donde los empleadores han jugado un importante rol en su creación, y que mantienen en general significativos aportes por afiliado (en algunos casos incluso superiores a las cotizaciones obligatorias de los trabajadores). Estas ISAPRE en general, no restringen el acceso a ningún trabajador que pertenezca a su población objetivo. Además mantienen un solo plan de salud igual para todos los trabajadores y sus familiares, independientemente de su aporte al fondo de salud. En la actualidad, representan menos del 6% del universo de cotizantes al sistema ISAPRE.

ii) ISAPRE Abiertas: Las ISAPRE abiertas están orientadas a todo el mercado, aunque en la práctica, dado los productos que ofrecen, se orientan a segmentos específicos de ingreso y localización geográfica. A diferencia de las ISAPRE cerradas, las abiertas sí disponen de los mecanismos que les permiten seleccionar a los afiliados que incorporan a sus planes de salud, ya que pueden aceptar o rechazar a un trabajador de acuerdo a criterios relacionados con su estado de salud. Además, pueden cobrar tarifas diferenciadas dependientes de la edad y el sexo del cotizante.

3.2. MARCO JURÍDICO

3.2.1. Legislación Vigente

Las ISAPRE se regían desde su constitución en 1981 por el DFL No.3 del Ministerio de Salud, el que fue reemplazado en 1990 por la ley No 18.933. Esta ley introdujo importantes cambios a la forma en que se desarrollaron las ISAPRE. En particular modificó temas referentes a la duración de los contratos, la creación de la superintendencia, la naturaleza jurídica de las ISAPRE y la situación de los jubilados. El gobierno y la asociación de ISAPRE acordaron probar la nueva legislación por un año, antes de realizar nuevos cambios, con la intención de medir las reales consecuencias de su aplicación. En la actualidad se discute en el congreso un nuevo paquete de reformas al sistema.

La ley 18.933 buscando hacer más justa la relación contractual, establece nuevas condiciones para la celebración de los contratos. Estas modificaciones tienen relación con el contenido de los mismos y su duración.

Por la nueva ley, los contratos celebrados entre los afiliados y las ISAPRE deberán especificar al menos los siguientes aspectos:

- prestaciones y beneficios pactados.
- porcentaje de cobertura y valores sobre los cuales se aplica dicho porcentaje.
- monto máximo de los beneficios.
- período de carencia.
- exclusiones si las hubiera.
- forma como se modifican las prestaciones y beneficios por variación de la cotización mínima legal, derivada del aumento o disminución de los ingresos.
- forma en que se modifican las cotizaciones, prestaciones o beneficios por incorporación o retiro de beneficios legales del grupo familiar (aumento de beneficiarios legales y forma como se determina la cotización legal).

Estos aspectos estaban ya contenidos en instrucciones impartidas por el FONASA (Entidad controlora antes de la creación de la Superintendencia de ISAPRE), y ahora han sido incorporadas en la legislación.

El otro aspecto tiene relación con la duración de los contratos. En la anterior legislación estos tenían una duración anual, pudiendo renovarse o no de común acuerdo entre la ISAPRE y el afiliado. El afiliado por su parte podía desahuciar el contrato y cambiarse a otra ISAPRE en el momento que le resultara conveniente. Mientras tanto la ISAPRE podía modificar las condiciones del contrato, o desahuciarlo al cabo de un año sin expresar la causa de la decisión.

Con la ley 18.933 los contratos son por un período indefinido, pudiendo revisarse por la ISAPRE sólo en lo referente a las condiciones generales una vez al año, y sin considerar para esta revisión el estado de salud del cotizante. Por su parte el afiliado sólo podrá desahuciar el contrato una vez al año, informando con una anticipación de al menos 30 días.

La mayor estabilidad de los cotizantes y sus contratos con las ISAPRE, es compensada en la nueva legislación por la menor movilidad de los afiliados (sólo pueden cambiarse una vez al año), aumentado el poder monopólico de las ISAPRE que tienen en este momento a los afiliados. Por otro lado el crecimiento del número

de cotizantes del sistema debería reducirse en los próximos años. La principal fuente de crecimiento está en nuevos cotizantes de menores ingresos, que se encuentran cotizando en el sistema estatal, los que son captados mediante planes de salud con menores costos y menos libre lección. En esto podría indicarse la experiencia de las ISAPRE Compensación y Cruz Blanca, las que establecieron convenios de atención sin libre elección con los Hospitales de las principales escuelas de medicina chilenas, las Universidades de Chile y Católica.

En el caso de los contratos colectivos y las ISAPRE cerradas, en los que la permanencia dentro de una empresa es condición determinante del contrato entre la ISAPRE y el afiliado, se mantiene la posibilidad de poner término anticipado al contrato en el caso que el trabajador termine su relación laboral con la empresa en cuestión. En el caso en que el término de la relación laboral es debida a que el trabajador se acoge a pensión esta normativa no es aplicable, por lo que la ISAPRE debería mantener el contrato a estas personas.

Antes de la promulgación de la ley 18.933, los jubilados estaban en la práctica fuera del sistema ISAPRE, salvo por los jubilados afiliados a Banmédica y a la ISAPRE del Banco del Estado, prácticamente no existían este tipo de cotizantes en el sistema. La nueva ley impide que las ISAPRE pongan término al contrato de un afiliado sólo por razones de edad. Con está medida se favorece a los actuales afiliados al sistema los que tienen garantizada su permanencia, siempre que paguen la tarifa que la ISAPRE decida cobrar a todos los jubilados. De esta manera el número de jubilados crecerá paulatinamente en los próximos años sin esperar grandes aumentos. Esto principalmente debido a que las ISAPRE no han demostrado un interés especial. Así, a marzo de 1992, el número de jubilados en el sistema es aún pequeño, alcanzando a 41.812 pensionados cotizantes, lo que representa el 1,56% del total de cotizantes.

Como se explicó en el punto anterior, las ISAPRE no pueden poner término al contrato debido a que el afiliado se acoja a pensión. En estas circunstancias la ISAPRE debería mantener el contrato. Sin embargo, la nueva legislación no impide diferenciar las tarifas a cobrar por la edad del beneficiario, con lo que la ISAPRE podría defenderse de alzas en los costos producto de la edad.

En general los pensionados disponen de ingresos inferiores a los cotizantes activos, por lo que su cotización previsional podría disminuir, aunque simultáneamente disminuyen las cargas dependientes de estos cotizantes. En contra partida, los costos médicos deberían subir. La alternativa para ambas partes, es la celebración de un nuevo contrato ajustado a las nuevas condiciones de ingresos y gastos de los cotizantes.

Como es sabido, los mayores costos de salud en la vejez son un requerimiento cierto que todas las personas que lleguen a ella van a tener, por lo tanto parece razonable establecer mecanismos de ahorro durante la juventud, en la que los costos médicos serán menores. Una sugerencia para el mejor funcionamiento del sistema es que este ahorro pudiera ser obligatorio (con

cualquier ahorro adicional voluntario) y financiara el mayor costo de la salud en la vejez. Su manejo podría ser realizado por las Administradoras de Fondos de Pensiones, en cuentas individuales, las que se usarían para complementar la cotización de salud de la vejez. Esta propuesta que estaba contenida dentro de las nuevas reformas a la legislación de ISAPRE en trámite, fue descartada y no se encuentra dentro del proyecto que debate el Congreso.

3.2.2. Organismos Reguladores (Superintendencia de ISAPRE)

Con la constitución de la Superintendencia de ISAPRE, entra en vigencia la nueva ley de ISAPRE. Este organismo regulador reemplaza al FONASA como fiscalizador de las funciones de estas instituciones, resolviendo un conflicto que para algunos presentaba la fiscalización del FONASA, el que era a la vez juez y parte en los conflictos entre los afiliados y sus ISAPRE, ya que, teóricamente, compite por los cotizantes con las ISAPRE. En la práctica los productos que ofrecen las ISAPRE han resultado más atractivos que el FONASA para la gran mayoría de las personas que pueden pagarlos.

La Superintendencia constituye un organismo independiente, dedicado en forma exclusiva a la fiscalización de las ISAPRE, a cargo de un superintendente, funcionario de la exclusiva confianza del Presidente de la República. En su estructura orgánica cuenta con una fiscalía, encargada de fiscalizar el cumplimiento por parte de las ISAPRE de las normas que le son aplicables. Además existen tres departamentos:

a) De control de Instituciones, que fiscaliza el cumplimiento de las instrucciones impartidas por la Superintendencia.

b) De estudio, que prepara los planes de fiscalización y propone las instrucciones que se deben impartir a las ISAPRE.

c) De administración y Finanzas, al que le compete la gestión administrativa y financiera de la entidad y llevar el registro de las ISAPRE.

Como continuadora del FONASA, asume una serie de funciones que tenía esta institución, como el registro de las instituciones, velar por que las ISAPRE mantengan el patrimonio y la garantía exigidos por la ley. También está en condiciones de aplicar multas, las que podrían llegar hasta las 100 UF y la cancelación del registro cuando la falta cometida expresamente contemple esta sanción en la ley.

La recién creada Superintendencia, agrega una serie de importantes funciones a las que ya poseía su predecesora legal (FONASA). Estas atribuciones son las siguientes:

a) Interpretar administrativamente en materias de su competencia, las leyes, reglamentos y demás normas que le son aplicables a las ISAPRE.

b) Arbitro arbitrador.

c) Dictar instrucciones de carácter general que permitan una mayor claridad en las estipulaciones contractuales.

d) Efectuar publicaciones informativas del sistema.

e) Impartir instrucciones a las ISAPRE para que éstas publiquen oportunamente antecedentes relativos a su situación jurídica, económica y financiera que sean de interés para el público.

3.2.3. Nuevos Proyectos de Legislación Relevantes

En la actualidad el congreso discute un proyecto de ley que modifica la actual normativa sobre las ISAPRE. Este proyecto cuyo objetivo declarado es perfeccionar el sistema ISAPRE superando las limitaciones actuales y garantizando el desarrollo del sistema en el largo plazo. En este contexto el proyecto apunta a solucionar algunos problemas que no habían sido enfrentados satisfactoriamente con anterioridad, como es la transparencia del mercado. Además, el proyecto busca hacer más equitativas las relaciones entre la ISAPRE y sus afiliados.

En lo que se refiere a la transparencia del mercado, lo que se busca es generar los mecanismos legales y contractuales que permitan al usuario disponer de la información necesaria para una adecuada selección de plan de salud y de ISAPRE, lo que acarreará una mayor competencia.

En lo que se refiere a relaciones más equitativas entre ISAPRE y afiliados, lo que se busca es perfeccionar los mecanismos de resolución de controversias y resguardo de la solvencia e idoneidad de las ISAPRE, a fin de asegurar el cumplimiento de las obligaciones de ambas partes.

En tercer lugar se busca ampliar la cobertura de la atención de salud del sistema ISAPRE, disminuyendo y reglamentando el uso de restricciones y exclusiones al uso de beneficios, y las limitaciones de cobertura de enfermedades preexistentes tanto declaradas como no declaradas.

3.3. ANÁLISIS DEL MERCADO DE LAS ISAPRE

3.3.1. Evolución General

Las ISAPRE abiertas se han desarrollado en un mercado en continua expansión, donde las rebajas de costos y el aumento de las prestaciones han sido una fuerza permanente hacia nuevos equilibrios. El crecimiento anual del sector, ha sido superior a un 20% en todos los años de existencia del sistema, siendo de un 24,31% en 1989, de un 22.29% en 1990, y de un 24,04% en 1991, alcanzando a diciembre de este año a 1.070.813 cotizantes. Este crecimiento, se ha basado, en los últimos años, en el crecimiento de la ocupación (del orden de un 5% anual) y en la incorporación de personas con ingresos cada vez más bajos. Esto último a través de los llamados planes colectivos y más recientemente, de algunos planes más económicos basados en atención sin libre elección.

El crecimiento de los cotizantes no podrá seguir a las tasas antes señaladas por mucho tiempo debido a que el crecimiento actual de los ingresos y del empleo no justifican estas tasas. Por otro lado, las cotizaciones previsionales de nuevos trabajadores con ingresos mucho más bajos difícilmente financian los costos técnicos de la mayoría de los planes de salud de las ISAPRE actualmente en operación, por lo que esta vía resulta muy difícil para el desarrollo. Esto podría traer importantes consecuencias en las características del mercado de las ISAPRE, el que podría tornarse bastante más hostil para los nuevos competidores, más si se consideran las condiciones contractuales según las cuales los afiliados sólo pueden cambiarse de institución una vez al año.

Del análisis del comportamiento del mercado de las ISAPRE abiertas podemos deducir algunos problemas que el sistema en su conjunto presenta, y que pueden constituir barreras al desarrollo del mismo. Las ISAPRE en general en sus planes tienen buenas coberturas en el pago de las consultas médicas, dejando con mala cobertura las prestaciones de mayor valor las que quedan sujetas a topes. Así las llamadas catástrofes de salud, no reciben una cobertura adecuada, esto último niega en la esencia el concepto de seguro, por el cual las ISAPRE deberían cubrir aquellos eventos inciertos de alto valor, ante los cuales las personas necesitarían asegurarse. Al cubrir las prestaciones de bajo costo, e incidencia casi segura, las ISAPRE están subiendo innecesariamente el valor de las primas de los seguros, sin proteger debidamente a las personas. Otro concepto que sería útil, es el de los deducibles, mediante el cual las ISAPRE se podrían hacer cargo de todas las prestaciones desde un cierto valor hacia arriba. De esta manera las personas quedarían protegidas de aquellos costos para los que realmente necesiten seguros. Este problema no ha sido abordado adecuadamente y es, sin lugar a dudas, un problema que debería solucionarse a la brevedad.

3.3.2. Evolución del Mercado

A continuación se presenta una serie de gráficos que representan la evolución del sistema ISAPRE desde su creación. En el Gráfico 3-1 se puede ver la evolución de los cotizantes vigentes de las llamadas ISAPRE abiertas, las que alcanzaron a 1,004,611 cotizantes al 31 de diciembre de 1991. En Gráfico 3-2 se puede observar la misma variable para las ISAPRE cerradas, las que con 66,202 cotizantes representan un 6,2% del mercado de los cotizantes en este sistema.

En los Gráficos 3-3 y 3-4 se puede ver la evolución del número de beneficiarios de las ISAPRE entre 1981 y 1991 para las ISAPRE abiertas y cerradas respectivamente. El número de beneficiarios al 31 de diciembre de 1991 era de 2,352,804 para las ISAPRE abiertas y 213,340 para las ISAPRE cerradas.

En el Gráfico 3-5 se puede apreciar la evolución del número de cargas por cotizante tanto para las ISAPRE abiertas como cerradas. En el caso de las cerradas esta cifra ha decrecido durante la evolución del sistema acercándose asintóticamente a 2.2 cargas por cotizante. Las abiertas, con un nivel inferior a las anteriores, llegando a 1.6 cargas por cotizante en 1986 para luego descender a menos de 1,4 en los últimos dos años. A ambas cifras se les debe sumar el suscriptor, de manera que los beneficiarios promedio por ISAPRE cerrada (tamaño grupo familiar) suman 3,2 mientras que en las abiertas alcanzan a 2,4. Esto no es de extrañarse puesto que las ISAPRE abiertas han resultado en la práctica orientadas a personas de mayores ingresos con grupos familiares más pequeños, así como a personas solas.

En el Gráfico 3-6 se pueden observar las tasas de crecimiento del sistema desde 1982, tanto para ISAPRE abiertas como para ISAPRE cerradas. El mayor dinamismo del sistema está fuertemente concentrado en las ISAPRE abiertas las que han crecido a tasas levemente superiores al promedio del mercado. Su participación pasó desde un 78% en 1984 a un 94% en diciembre de 1991.

En el Gráfico 3-7 se puede ver el número de instituciones, las pasaron de 5 en 1981 (todas abiertas) a 34 (14 cerradas y 20 abiertas) en 1991. En el Gráfico 3-8 se observa la participación de mercado de las 6 ISAPRE más grandes la que se mantiene alrededor del 77% del total. Para diciembre de 1991 existían 6 ISAPRE que mantenían más de 70.000 afiliados.

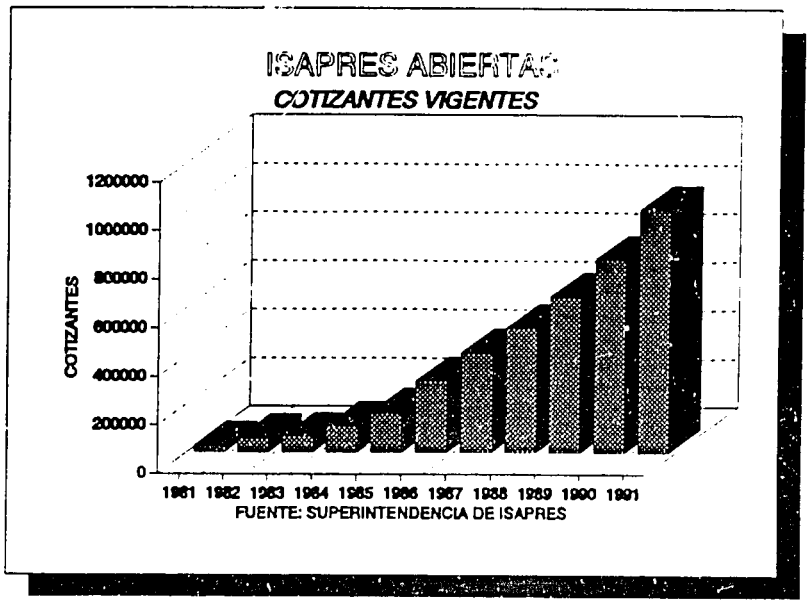

ISAPRES ABIERTAS
COTIZANTES VIGENTES
COTIZANTES
1200000
1000000
800000
600000
400000
200000
0
1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991
FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

Gráfico 3-1

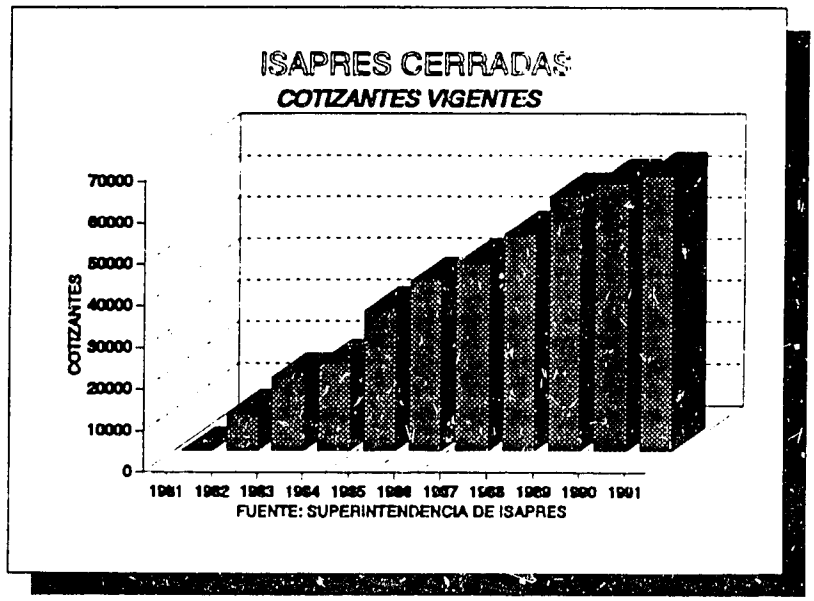


Gráfico 3-2

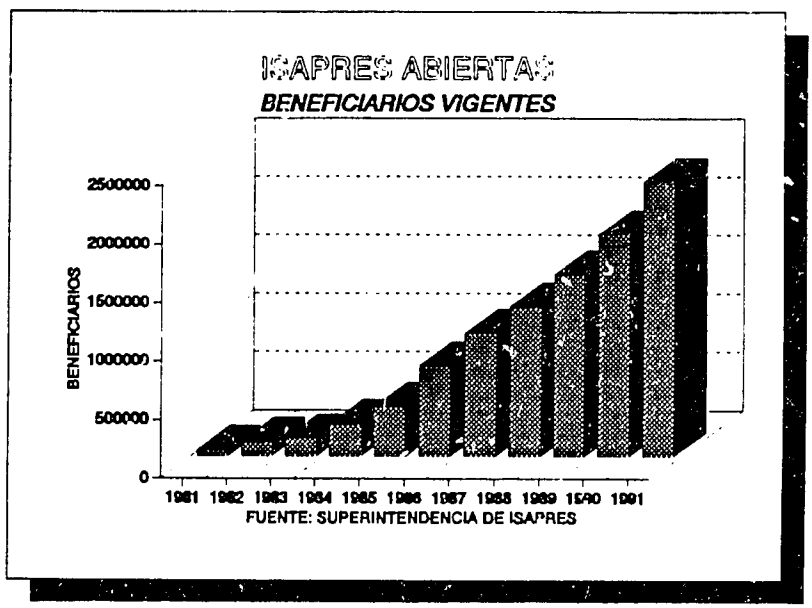


Gráfico 3-3

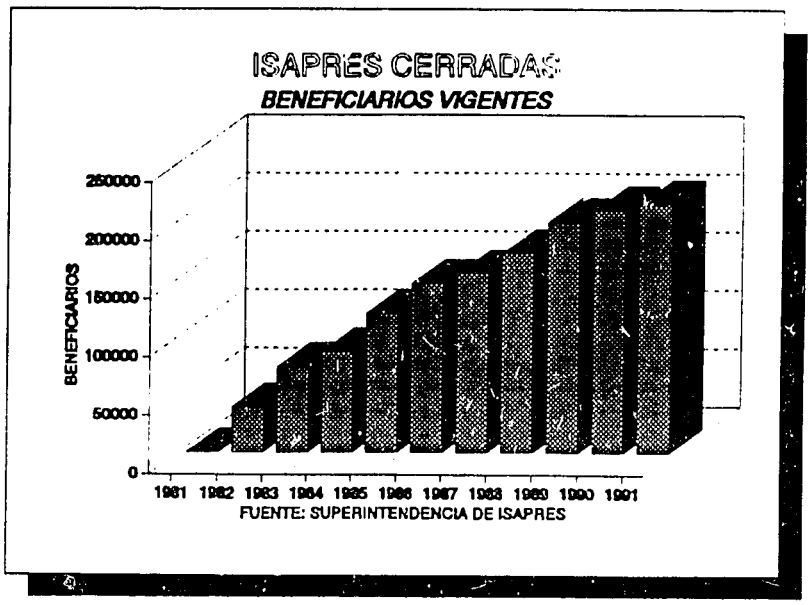

ISAPRES CERRADAS
BENEFICIARIOS VIGENTES
BENEFICIARIOS
250000
200000
150000
100000
50000
0
1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991
FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES

Gráfico 3-4

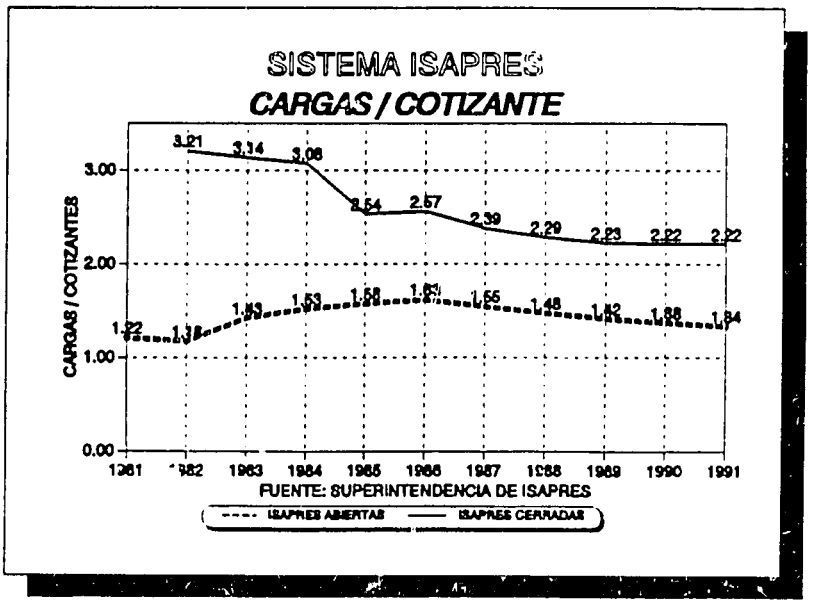


Gráfico 3-5

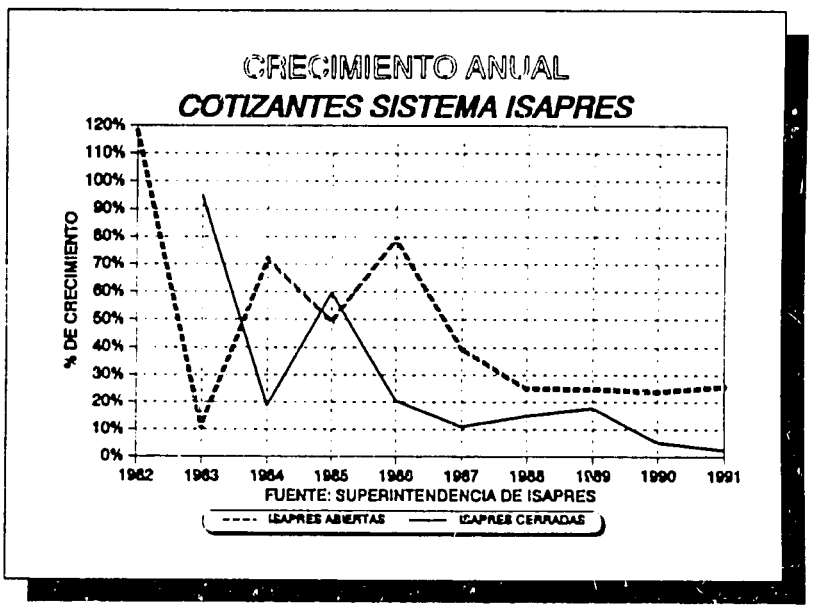


Gráfico 3-6

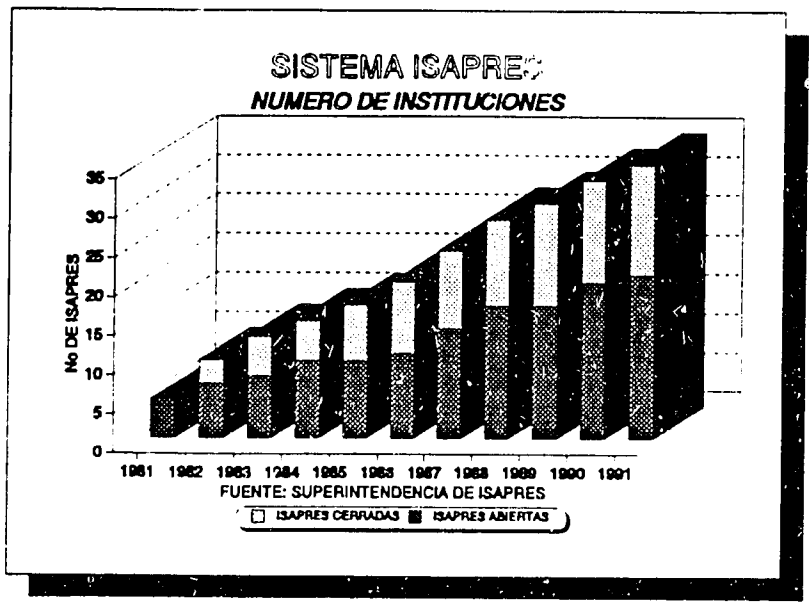

SISTEMA ISAPRES
NUMERO DE INSTITUCIONES
No DE ISAPRES
0
5
10
15
20
25
30
35
1981
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES
ISAPRES CERRADAS
ISAPRES ABIERTAS

Gráfico 3-7

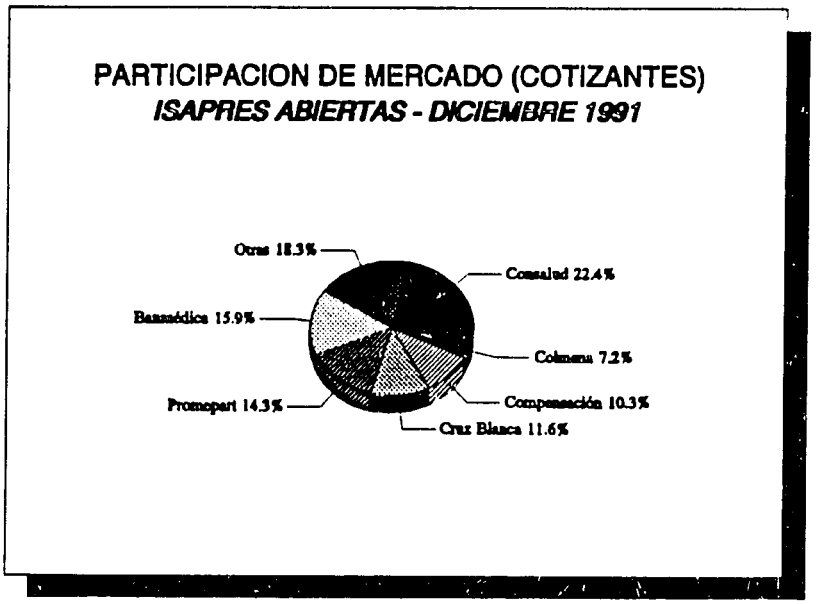


Gráfico 3-8

3.3.3. Evolución de los Precios

En los gráficos que se presentan a continuación se pretende mostrar las principales tendencias en la evolución de los precios de los servicios prestados por las ISAPRES.

En los gráficos 3-9 y 3-10 se puede observar la evolución de las cotizaciones promedio mensual expresadas en UF. En el gráfico 3-9, se puede ver la evolución anual de esta variable tanto para las ISAPRE abiertas como para las cerradas. El cálculo se realizó mediante la división de las cotizaciones anuales de las ISAPRE abiertas dividido por la UF promedio de cada año y el promedio de cotizantes de ese período. La fuente de los datos son los boletines de la Superintendencia de ISAPRE. Como se puede ver, a partir de 1984 se ha mantenido una tendencia decreciente, para alcanzar en 1991 a menos de 1.7 UF por cotizante.

En el gráfico 3-10 se presenta la evolución de esta misma variable en forma mensual para las ISAPRE abiertas, desde enero de 1990 hasta marzo de 1992, en el se puede ver que la tendencia presentada en el gráfico anterior se mantiene. El nivel alcanzado en marzo de 1992 fue de 1.64 UF por cotizante al mes.

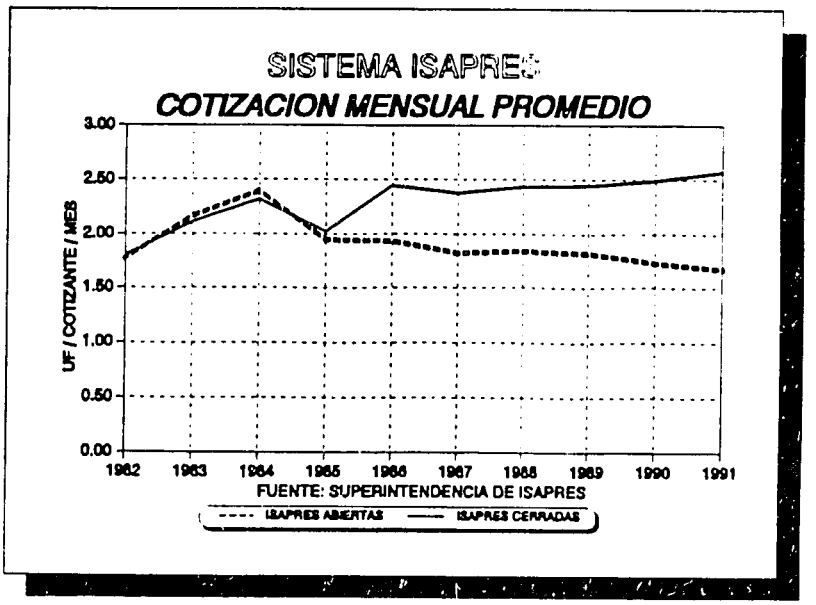

SISTEMA ISAPRES
COTIZACION MENSUAL PROMEDIO
UF / COTIZANTE / MES
3.00
2.50
2.00
1.50
1.00
0.50
0.00
1982
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
FUENTE: SUPERINTENDENCIA DE ISAPRES
ISAPRES ABIERTAS
ISAPRES CERRADAS

Gráfico 3-9

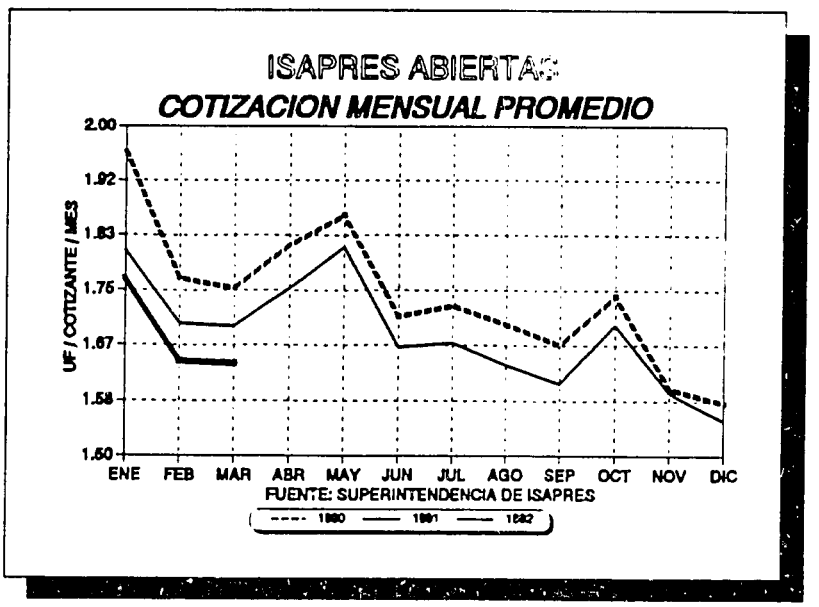


Gráfico 3-10

3.3.4. Antecedentes sobre la Demanda por Prestaciones en las ISAPRE

Otro de los antecedentes fundamentales para la evaluación de este proyecto aportados por las ISAPRE son las estadísticas de frecuencias de prestaciones de estas instituciones. A continuación se ha preparado un grupo sintético de estadísticas que representan las principales prestaciones de salud. Se han elegido seis categorías como las más representativas del sistema. Estas son: Consultas Médicas (Cuadro 3-1 y Gráfico 3-11), Exámenes de Laboratorio (Cuadro 3-2 y Gráfico 3-12), Exámenes de Imagenología (Cuadro 3-3 y Gráfico 3-13), Días Cama de Hospitalización (Cuadro 3-4 y Gráfico 3-14), Procedimientos de Apoyo Clínico y Diagnóstico (Cuadro 3-5 y Gráfico 3-15) e Intervenciones Quirúrgicas (Cuadro 3-6 y Gráfico 3-16). Los antecedentes aportados corresponden al período 1985 a 1991, salvo en los dos últimos cuadros donde las cifras son sólo desde 1988.

Se han presentado las cifras tanto para las ISAPRE abiertas como para las cerradas debido a que los resultados de ambos subsistemas son claramente distintos. Esto se puede explicar en términos generales por las grandes diferencias de orientación de estos dos tipos de ISAPRE.

Las ISAPRE Cerradas son, en general, de propiedad de las mismas empresas en las que trabajan sus afiliados, siendo la razón de su existencia la atención de salud de sus afiliados-trabajadores y no un negocio nuevo para los accionistas

de dichas empresas. Históricamente, estas nacieron a partir de departamentos de bienestar que ya administraban importantes cantidades de recursos aportados por las empresas para la salud, pero que hacían una mala utilización de las cotizaciones previsionales de sus trabajadores. Así nacieron las ISAPRE cerradas las que podían hacer un uso más conveniente de las cotizaciones previsionales. Es así, como estas empresas no tienen en general en su estructura los mecanismos que permitan controlar el uso excesivo de prestaciones por parte de los usuarios. Por otra parte las ISAPRE cerradas no discriminan de acuerdo al estado de salud de sus trabajadores, por lo que incorporan personas de más alto costo de salud que las ISAPRE abiertas rechazarían. En la práctica, los niveles de prestaciones de las ISAPRE cerradas son en general muy superiores a los niveles de las ISAPRE abiertas, tendencia que se mantiene en el tiempo.

En el caso de las Consultas Médicas (Cuadro 3-1 y Gráfico 3-11) esto se refleja en que las ISAPRE cerradas presentan niveles de copago por parte de los beneficiarios inferiores a los observados en las ISAPRE abiertas, lo que redunda en menores desincentivos para su utilización. En la práctica las ISAPRE abiertas han mantenido un nivel promedio de prestaciones de entre 3.5 y 4.0 prestaciones por beneficiario al año, con una tendencia reciente a 3.5. Mientras tanto, las ISAPRE cerradas se han movido en torno a las 5 prestaciones.

Con respecto a los Exámenes de Laboratorio (Cuadro 3-2 y Gráfico 3-12), las ISAPRE en su conjunto han experimentado un aumento significativo de su frecuencia, el que por las mismas razones antes enunciadas ha sido más pronunciado en las ISAPRE cerradas. Las ISAPRE abiertas han pasado de menos de 2 exámenes por beneficiario al año a prácticamente 2.5, lo que contrasta con la disminución de las consultas. En el caso de las ISAPRE cerradas estos pasaron desde 3.5 a 4.5 exámenes por beneficiario al año. Este fenómeno se explica por una población cada vez más informada acerca de las posibilidades de diagnóstico de los exámenes y una tendencia creciente entre los médicos para su utilización con los mismos fines.

En lo que respecta a los Exámenes de Imagenología (Cuadro 3-3 y Gráfico 3-13) estos presentan una tendencia similar a los Exámenes de Laboratorio, con alzas en ambos tipos de ISAPRE pero acrecentadas en las ISAPRE cerradas.

La tendencia en lo que respecta a los Días-cama de Hospitalización (Cuadro 3-4 y Gráfico 3-14) es más estable en las ISAPRE abiertas, las que mantienen niveles de alrededor de 350 días-cama por beneficiario al año. Las ISAPRE cerradas más que duplican esta cifra alcanzando a aproximadamente 800 días-cama en los últimos tres años. La explicación a esta desmedida diferencia se explica en que algunas de las mayores ISAPRE cerradas mantienen hospitales propios donde el costo puede ser financiado íntegramente por la ISAPRE. De esta manera los beneficiarios no tienen ningún desincentivo para utilizar esta infraestructura.

Con respecto a los Procedimientos de Apoyo Clínico y Diagnóstico (Cuadro 3-5 y Gráfico 3-15) e Intervenciones Quirúrgicas (Cuadro 3-6 y Gráfico 3-16) no

se puede apreciar una tendencia significativa debido a los pocos años disponibles (la información presentada por la Superintendencia de ISAPRE en los años anteriores está desglosada en forma diferente, haciendo imposible su comparación), sin embargo la tendencia en que las ISAPRE cerradas tienen mayor número de prestaciones claramente se mantiene.

CUADRO 3-1

CONSULTAS MEDICAS

(Consultas Médicas por Beneficiario por Año)

AÑOS	ISAPRE ABIERTAS	ISAPRE CERRADAS
1985	3.61	6.88
1986	3.92	5.69
1987	3.46	5.23
1988	3.97	5.46
1989	3.76	5.23
1990	3.46	4.51
1991	3.40	5.17

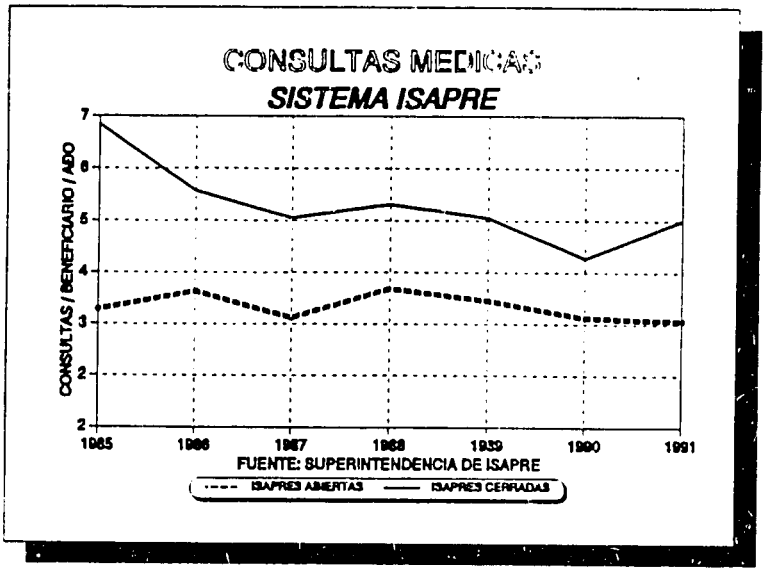


Gráfico 3-11

CUADRO 3-2

EXAMENES DE LABORATORIO

(Exámenes de Laboratorio por Beneficiario por Año)

AÑOS	ISAPRE ABIERTAS	ISAPRE CERRADAS
1985	1.91	3.62
1986	1.94	3.02
1987	1.79	3.48
1988	1.89	3.43
1989	2.11	3.79
1990	2.38	4.30
1991	2.43	4.59

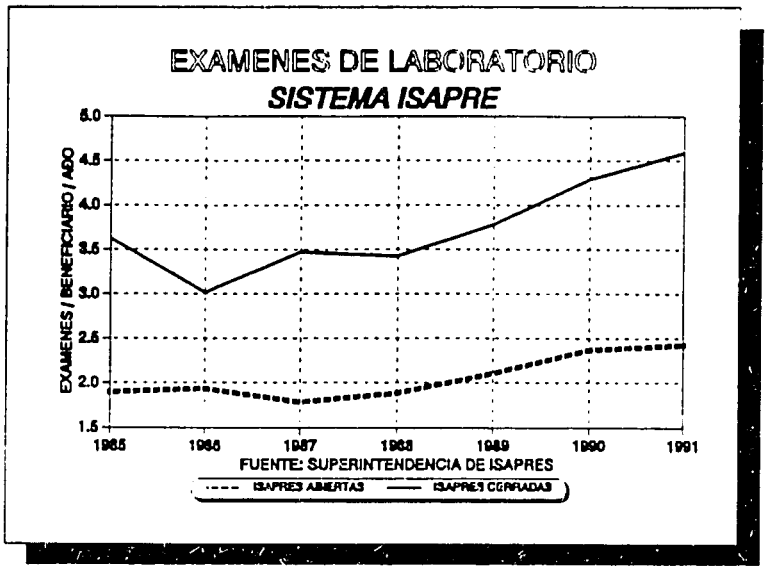


Gráfico 3-12

CUADRO 3-3

IMAGENOLOGIA

(*Exámenes de Imagenología por Beneficiario por Año*)

AÑOS	ISAPRE ABIERTAS	ISAPRE CERRADAS
1985	0.50	0.83
1986	0.54	0.93
1987	0.60	0.61
1988	0.52	0.73
1989	0.56	0.76
1990	0.56	0.78
1991	0.58	0.87

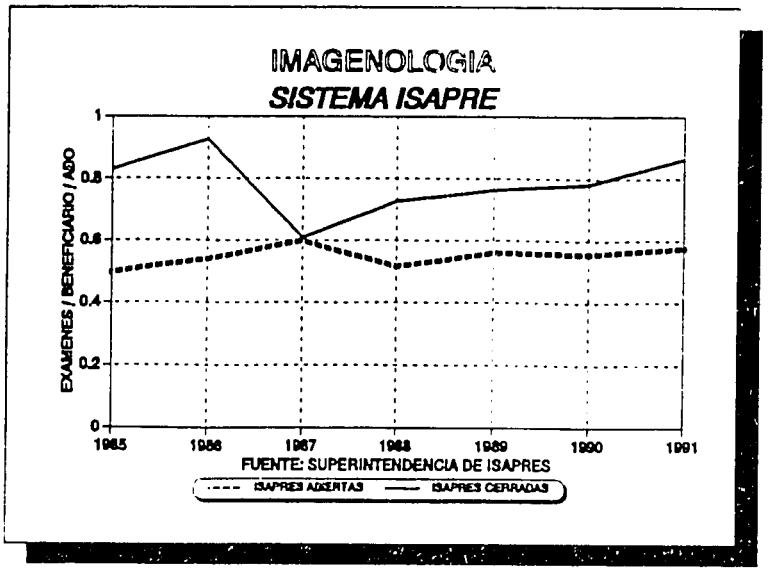


Gráfico 3-13

CUADRO 3-4

HOSPITALIZACION

(Días-cama de Hospitalización por cada 1000 Beneficiarios por Año)

AÑOS	ISAPRE ABIERTAS	ISAPRE CERRADAS
1985	267.20	706.80
1986	378.00	712.00
1987	326.00	718.00
1988	288.80	581.30
1989	392.40	785.70
1990	312.20	809.70
1991	315.80	787.10

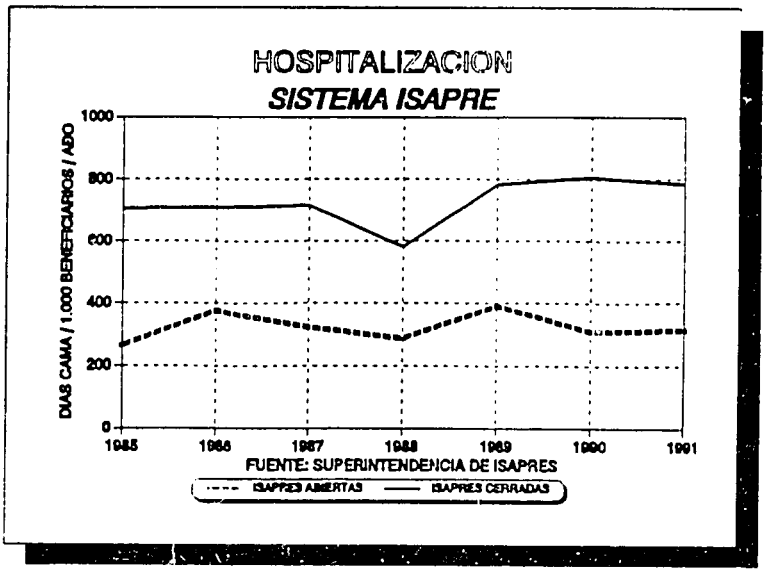


Gráfico 3-14

CUADRO 3-5

PROCEDIMIENTOS DE APOYO CLINICO Y DIAGNOSTICO

(*Procedimientos de Apoyo Clínico y Diagnóstico por cada 1000 Beneficiarios por Año*)

AÑOS	ISAPRE ABIERTAS	ISAPRE CERRADAS
1988	1,383.00	2,693.00
1989	1,449.50	2,944.10
1990	1,487.50	2,876.00
1991	1,581.10	2,933.60

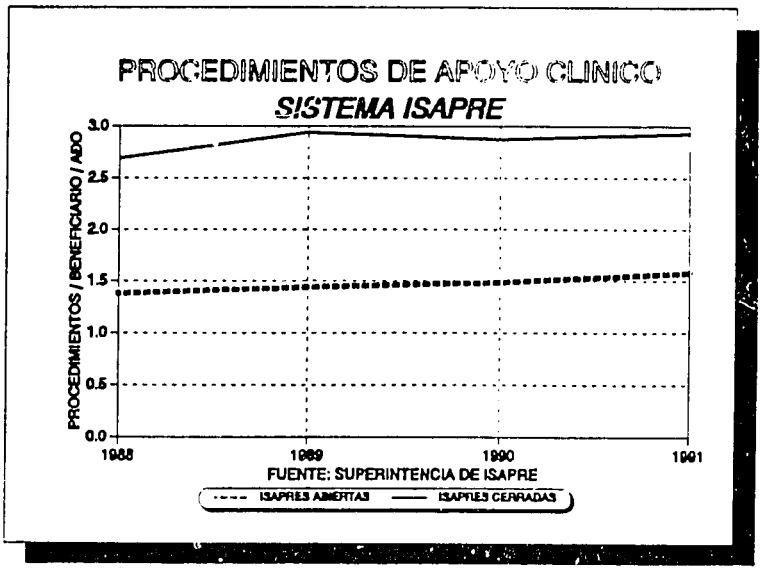


Gráfico 3-15

CUADRO 3-6

INTERVENCIONES QUIRURGICAS

(Intervenciones Quirúrgicas por cada 1000 Beneficiarios por Año)

AÑOS	ISAPRE ABIERTAS	ISAPRE CERRADAS
1988	171.30	134.30
1989	114.80	133.70
1990	79.80	96.50
1991	99.50	146.10

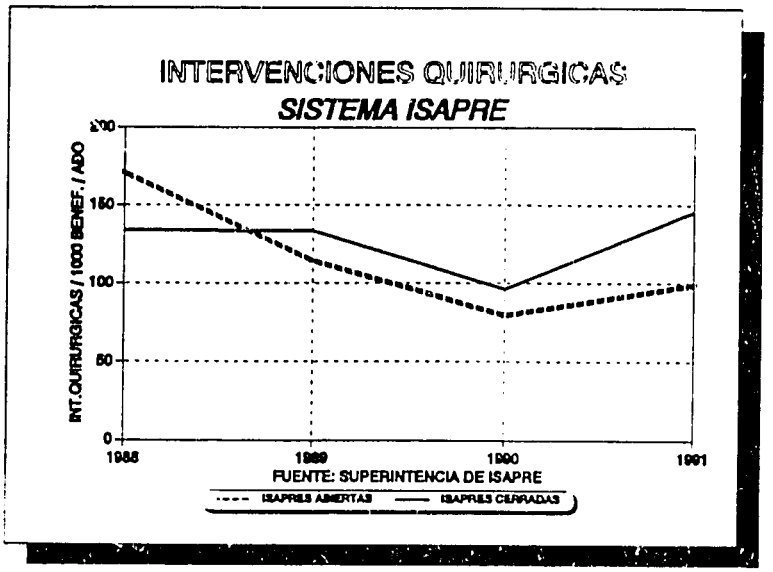


Gráfico 3-16

3.3.5. Antecedentes sobre los Costos de las Prestaciones en las ISAPRE

CUADRO 3-7

GASTO EN LICENCIAS MEDICAS COMO % DEL INGRESO IMPONIBLE

AÑOS	ISAPRE ABIERTAS	ISAPRE CERRADAS
1985	0.87%	2.03%
1986	s/i(*)	s/i(*)
1987	1.09%	1.92%
1988	1.15%	2.33%
1989	1.34%	2.14%
1990	1.32%	2.13%
1991	1.38%	2.13%

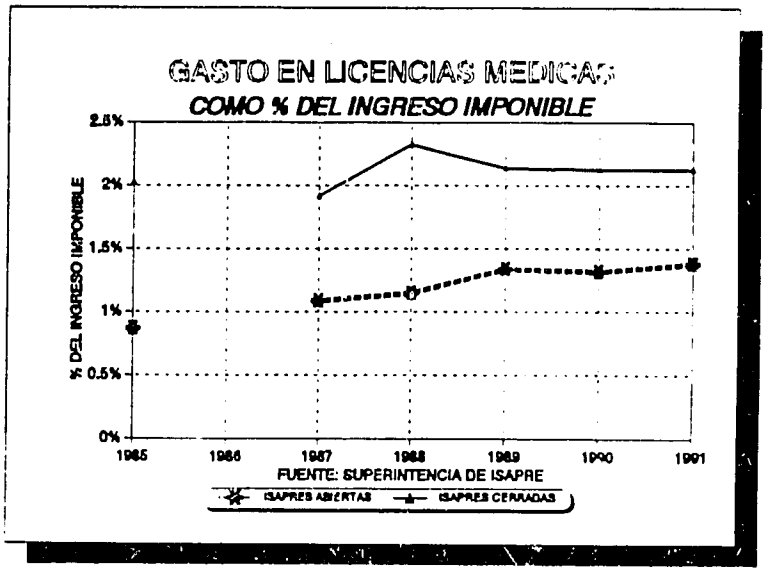


Gráfico 3-17

CUADRO 3-8

GASTOS DE ADMINISTRACION

(UF/Beneficiario/Año)

AÑOS	ISAPRE ABIERTAS	ISAPRE CERRADAS
1985	2.38	1.13
1986	s/i	s/i
1987	1.89	1.80
1988	1.75	2.23
1989	1.79	2.34
1990	1.91	3.05
1991	1.70	2.67

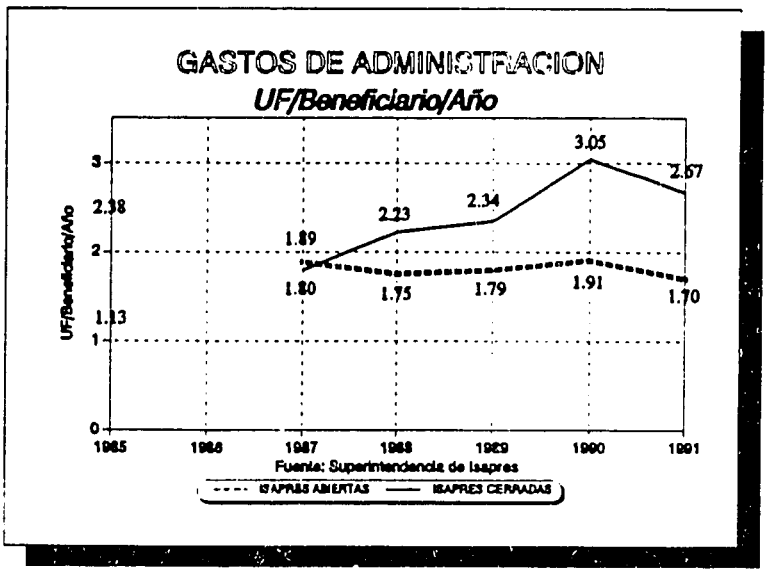


Gráfico 3-18

En los dos cuadros mostrados con sus respectivos gráficos se hace evidente ciertas diferencias existentes entre el desempeño de las ISAPRE abiertas y cerradas y del comportamiento de sus afiliados. Las licencias médicas observadas en las ISAPRE cerradas han sido entre un 100% y un 50% que las registradas en las abiertas, lo que demuestra la mayor fiscalización que realizan estas últimas con el objeto de controlar sus costos y evitar el abuso por parte de los clientes. Aún así, se observa un claro y sostenido aumento de este beneficio en el caso de las ISAPRE abiertas aunque siempre manteniéndose por debajo de lo exhibido por las cerradas.

Los gastos de administración comparadas entre los dos tipos de ISAPRE también son elocuentes respecto de la mayor eficiencia alcanzada por las instituciones que deben actuar en un mercado competitivo en comparación con aquellas que, por su naturaleza, gozan de un mercado cautivo.

4.0 DISEÑO CONCEPTUAL DEL SISTEMA PROPUESTO

Objetivos de este capítulo

Este capítulo constituye en núcleo de este estudio ya que contiene las bases del nuevo sistema de salud propuesto. Se redefine la organización del sector de salud pública asignando al Estado el rol de subsidiariedad que le correspondería en esta materia a juicio de estos consultores. Se diseña el marco en el cual participarán las nuevas entidades privadas prestadoras de servicios de salud y proveedoras de seguros, analizando los niveles de competencia que se presentarán, la regulación de los monopolios naturales que surgirán, la asignación de subsidios y su focalización. Se proponen, además, esquemas de propiedad de los nuevos sistemas que consideran la inversión en capital humano que necesariamente involucra este tipo de servicios. Como primera aproximación, se diseña la forma en que operará el sistema propuesto, la manera en que se organizará, los medios a través de los cuales se financiará, los incentivos a la eficiencia que se crearán y los mecanismos de supervisión que deberán instaurarse. Se propone también la ejecución de un plan piloto para poner a prueba el funcionamiento del nuevo sistema. Por último, se hace un breve análisis comparativo de los costos del sistema público y privado para una selección de prestaciones de salud representativas de los servicios normalmente entregados, con miras a concluir preliminarmente sobre la factibilidad económica de este nuevo esquema.

4.1. PRINCIPIOS GENERALES DE LA PROPOSICIÓN

4.1.1. Objetivos

El principal objetivo de un sistema de salud es alcanzar niveles crecientes de bienestar para toda la población mediante acciones en el dicho campo. El sistema también ha de ser eficiente en el uso de los recursos debido a su alto costo social alternativo.

Es ampliamente reconocido el derecho de las personas a gozar de la Salud. La Organización Mundial de la Salud declara que: "El goce del grado máximo de la salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".

En Chile, el sistema de seguros privados de Salud, ha tenido un importante desarrollo, satisfaciendo en la actualidad las necesidades del 20% de población de mayores ingresos del país. No obstante, la expansión del sistema privado de salud hacia el 80% restante de la población, pasa necesariamente por un traspaso de los subsidios estatales, hoy entregados a los servicios de salud del Estado, a empresas privadas proveedoras de los seguros.

Esto, en cuanto gran parte de estas personas no son capaces de financiar por sí solas los costos inherentes a los seguros de salud privados, requiriendo para esto del subsidio estatal. Considerando, la limitación de recursos

existentes, es necesario además, de un nuevo diseño del sistema de seguros de salud, distinto de las actuales ISAPRE, que permita reducir los costos, en pos de la mejor calidad de salud que se pueda alcanzar.

En este estudio se desarrollará una proposición, para un sistema de salud, que mediante la asignación de subsidios a la demanda, permita el acceso al sistema privado de salud a la mayor parte de la población que hoy no lo tiene, alcanzando niveles de calidad de servicio superiores a los actualmente entregados por el sistema estatal. Una prueba de la eficiencia del sector privado actuando en campos sociales puede encontrarse en la experiencia chilena concerniente a la educación pública. Aproximadamente hace una década, cerca de un tercio de las escuelas públicas fue transferida a privados, los que obtienen el mismo subsidio por estudiante que el actualmente asignado a las escuelas municipalizadas. Una prueba especial de la calidad de la educación llevada a cabo una vez cada dos años en Chile[17] ha mostrado que los estudiantes de las escuelas privadas subsidiadas tienen, en promedio, un desempeño académico superior al observado en aquellos que han permanecido en las escuelas públicas municipalizadas. Ello se atribuye a la competencia natural que surge entre las escuelas municipales y las privadas que incentiva a estas primeras a ofrecer un servicio mejor (el que en definitiva se traduce en un nivel educacional superior) con el objeto de captar estudiantes y por esa vía hacerse merecedores de los subsidios asociados a ellos.

4.1.2. Organización General del Sistema de Salud

El sistema de salud propuesto está basado en empresas privadas que, participando en mercados competitivos, otorgan las prestaciones de salud.

Este sistema es financiado por cotizaciones previsionales de los trabajadores destinadas a salud, por subsidios estatales progresivos para aquellos que no cubren por sí solos los costos de su salud y por aportes de los empleadores, sin perjuicio de aportes libremente entregados por empresarios y trabajadores que puedan permitir una mayor cobertura al sistema. El subsidio Estatal es complementario, o sea, sumado a los aportes previsionales para la salud, permite financiar el costo de un plan básico de salud.

Estos subsidios son dirigidos y entregados a las personas (los demandantes), siendo asignados directamente por cada familia en sus decisiones individuales de atención al elegir el consultorio base donde será atendida normalmente.

Un elemento importante del sistema de salud propuesto es la existencia de mercados competitivos en los que se produce una asignación socialmente óptima de los recursos, incluidos los subsidios que el Estado destine a la Salud. Otro elemento muy importante del esquema propuesto es que, aunque la asignación de recursos es a través del mercado, el Estado no se desentiende de la salud de la población y se preocupa muy especialmente de atender a los más pobres (focalización del subsidio).

---

[17] SIMCE, Sistema Nacional de Medición de la Calidad de la Educación, 1980-1990.

Este sistema, aunque no contempla la libre elección del médico por considerarlo demasiado caro para un esquema de alcance masivo, permite la libre elección de la empresa prestadora de servicios de salud. Con este mecanismo se busca un sistema abierto a la competencia pero con costos razonables por atención prestada cuya rentabilidad, para quienes otorgan el servicio, está basada en el volumen y regularidad de los pagos más que en altas tarifas pagadas por pocos pacientes. Apunta, en última instancia, a reemplazar al Estado como principal proveedor directo de servicios médicos.

Con un sistema de esta naturaleza, se deberían alcanzar costos significativamente más bajos que en un sistema de libre elección total, como lo demuestra la experiencia recogida por los sistemas de pre-pago norteamericanos y algunas ISAPRES chilenas orientadas a este tipo de sistemas[18]. Este sistema que permite un control más directo de los costos por alguien interesado en controlarlos. La eficiencia en el uso del tiempo de los médicos (que constituye uno de los insumos más caros en la salud) puede ser más alta ya que utilizan plenamente su tiempo y en los pacientes que realmente requieren de sus servicios. Debido a estas razones, los médicos deberían tener una parte de la propiedad de los consultorios, como ocurre en muchos centros de salud orientados a grupos de altos ingresos en Chile. Esto se debe a que son los médicos los que aportan la principal componente del activo, con su preparación profesional. Finalmente, podemos decir que un sistema como el descrito constituirá una interesante alternativa de trabajo para los médicos más jóvenes, con menor prestigio y, por lo tanto, con menores expectativas de ingreso en el sistema tradicional.

El núcleo de este sistema lo constituyen los centros médicos de atención ambulatoria. Estos últimos, administrados por empresarios privados, grupos de médicos o municipalidades, son el primer punto de contacto entre un enfermo y el sistema de Salud. En la práctica, las familias eligen en qué centro de salud van a atenderse y éstos compiten entre sí por la calidad del servicio que prestan y no por la tarifa, que es la misma para todos, dado que este plan básico es único.

La relación que se plantea entre las personas y su centro ambulatorio puede ser bastante duradera ya que éstas tenderán a permanecer en los centros en que se sientan cómodos y bien atendidos. Por otro lado, el centro podrá invertir en prevención en la medida que la gente permanezca afiliada a él por largo tiempo. Esto se basa en el hecho que un afiliado más sano involucra costos más bajos para el centro médico. Los centros no podrán desahuciar el contrato con los afiliados. Esto se compensa con la posibilidad de recálculo del bono al envejecer un paciente o por la aparición de mayores costos producto, por ejemplo, de una enfermedad crónica.

El segundo nivel de atención lo constituyen los hospitales generales. En ellos son atendidos todos los problemas que requieren de hospitalización, cirugía o uso de pabellones. Para esto cada centro ambulatorio se inscribe junto con toda su población afiliada a un hospital y de esta manera traspasa todos los riesgos de hospitalización, y los costos que esto involucra, a una unidad de mayor

---

[18] El precio unitario de los servicios prestados por las ISAPRE ha experimentado una baja de un 14% en los últimos 7 años. Esta tendencia es aún más fuerte en las ISAPRE cerradas en las cuales el precio promedio es alrededor de un 40% inferior al de las anteriores.

tamaño, con una población afiliada más numerosa (de varios centros) y, por lo tanto, con mayor capacidad de absorberlos tanto técnica como económicamente. Los centros ambulatorios deberían afiliarse a los hospitales generales mediante licitaciones públicas en las que los hospitales puedan competir vía precio y calidad por la adjudicación de las diferentes poblaciones. En todo caso, debe existir un precio máximo que es el considerado en el cálculo de la tarifa por paciente estándar o típico por parte del Estado.

Por su parte, el hospital general subcontratará los servicios que por su alta especialización le sean demasiado costosos de mantener, como puede ser el caso de la cirugía cardiovascular, la oncología, la neurocirugía, y otros. Esto lo contratará en lo que se llamarán centros (u hospitales) de especialidad. La forma de contrato dependerá del tipo de dolencia pudiendo ser desde un seguro colectivo con pago fijo hasta un simple convenio de tarifas especiales que se pagan caso a caso. Igual que en el caso anterior, estos servicios deberían contratarse mediante propuestas públicas y tener una tarifa máxima predeterminada por el Estado de acuerdo con criterios objetivos de costo y frecuencia.

Estos centros de especialidad constituyen unidades tecnológicamente más avanzadas, posiblemente asociados a Universidades, grandes instituciones (grandes empresas, fuerzas armadas, etc.) o centros de investigación. Debido a que en el país sólo existirían pocos oferentes de servicios de este tipo, es muy probable que no existan las condiciones necesarias para una adecuada competencia. Es así, que el Estado debería intervenir en estos mercados. En ningún caso se descartan los agentes económicos privados en este nivel pero, preferentemente, deberían ser instituciones sin fines de lucro o con un sistema de fijación técnica de tarifas al estilo de un monopolio natural, simulando la competencia, en forma análoga al caso de la fijación de tarifas a costo marginal en los servicios públicos, aplicada exitosamente en Chile, como por ejemplo, en la generación y distribución eléctrica.

4.1.3. Rol del Estado

Independientemente de que las prestaciones de Salud sean otorgadas bajo la responsabilidad de empresas privadas actuando en mercados competitivos, el Estado debe conservar para sí una serie de responsabilidades:

i) **Salud mínima**: el Estado debe garantizar el libre acceso a todas las personas a un nivel mínimo razonable de atención médica. Para esto deberá subsidiar a todos los que estén incapacitados de proveerla por sus propios medios. Este mínimo dependerá de la capacidad económica y de las tradiciones del país y deberá ser cuidadosamente estudiado y definido en pruebas piloto del nuevo sistema de salud y en la etapa de transición entre el actual y el nuevo sistema.

ii) **Salud pública**: existen problemas que requieren de una visión global del sistema. Esto se refiere en términos generales a todos los problemas que pueden involucrar a grandes grupos de personas como son, por ejemplo, las epidemias, la contaminación ambiental, las

campañas nacionales de prevención de epidemias o de enfermedades contagiosas de especial gravedad.

iii) **Control**: el Estado debe velar por que los objetivos del sistema de salud se cumplan y por que los recursos se utilicen en forma apropiada. Debe, por lo tanto, establecer sistemas de control. Sus actividades deberían estar orientadas fundamentalmente a los siguientes aspectos:

- Controlar la calidad de los servicios. Debe hacer esto con el propósito de verificar el cumplimiento de las normas mínimas exigidas, aplicando las medidas correctivas que se establezcan, las que deberían incluir desde pequeñas multas en dinero hasta la cancelación del permiso para operar como profesional o como empresa. En todo caso, la ley debe establecer los mecanismos de aplicación de estas sanciones.

- La entidad controlora deberá poner énfasis en el control de aquellas áreas con fuerte tendencia monopólica, como zonas rurales, hospitales regionales y hospitales especializados. En los casos que corresponda deberán regularse precios y mecanismos de negociación. Debe establecer especialmente las normas antimonopólicas para los profesionales de la salud y sus colegios profesionales.

- Fiscalizar el buen funcionamiento del sistema. En caso de detectar cualquier distorsión que altere los objetivos del sistema, el controlor deberá realizar los estudios necesarios para esclarecer el problema informando en detalle a quien corresponda para tomar las medidas correctivas.

iv) **Información**: Quizás una de las tareas más importantes que el Estado deba afrontar en el Sistema de Salud sea la de informar a la comunidad acerca de los diferentes prestadores de servicios de Salud. Esta tarea consiste en captar y difundir toda información relevante para una apropiada selección de alternativas por parte de las personas. Para ello será necesario disponer de instrumentos de medición objetivos de la calidad y de los resultados alcanzados por los diferentes prestadores de servicios de salud.

4.1.4. Participación de Empresas Privadas

Las prestaciones de salud, considerando en ellas tanto los aspectos propios de los seguros de salud como la realización directa de las acciones de salud pueden ser otorgadas ventajosamente por empresas privadas actuando en mercados competitivos.

Esto es válido incluso para aquellas personas que no pueden financiar por sí solas los costos de su salud (las que representan un elevado porcentaje de la población), considerando que la función de contribuir a su financiamiento es

asumida por el Estado quien, mediante subsidios directos, garantiza el "libre e igualitario acceso" a las acciones de salud para toda la población. En este caso, las empresas privadas pueden otorgar los servicios a las personas recibiendo como pago los aportes previsionales de las mismas personas a salud más los subsidios otorgados por el Estado, y la eventual colaboración libremente pactada en los respectivos convenios colectivos por los trabajadores con los empresarios.

Existirán diferentes tipos de empresas para satisfacer las necesidades de los distintos grupos de personas. Se pueden clasificar en dos grupos principales, las especializadas en vender seguros médicos y las prestadoras de servicios clínicos. Aunque podrían existir empresas integradas en ambos sectores, la distinción es importante ya que se trata de negocios con estructuras de costos esencialmente distintas.

4.1.5. Competencia y Control de Monopolios

La incorporación de agentes privados se justifica por la posibilidad de optimizar el uso de los recursos obteniendo mejores resultados en lo que respecta a la calidad de la salud y a la obtención de menores costos, que los incurridos por el Estado como proveedor de los servicios.

Para que esta aseveración sea válida debe existir como requisito indispensable una adecuada competencia entre los agentes privados, los que, al competir por calidad y menor costo de los servicios debieran garantizar la correcta asignación de los recursos de acuerdo a las exigencias y posibilidades de la demanda.

Para garantizar la competencia el Estado debe contemplar la creación de instancias de control especializadas en fiscalizar a los oferentes de servicios de salud.

4.1.6. Focalización de los Subsidios

Como se dijo, es ampliamente reconocido el derecho de las personas a gozar de la mejor salud posible, tomando en cuenta las limitaciones de recursos inherentes a cada país.

Por otra parte, el enorme avance científico y tecnológico de la medicina ha traído como consecuencia el gran aumento del costo de las prestaciones médicas al fomentar la especialización de los médicos y la dependencia de complejos elementos de diagnóstico. Una consecuencia de lo anterior, es que un importante porcentaje de la población se ha visto incapacitada de financiar por sí sola sus problemas de salud.

Por lo tanto, para cumplir con los objetivos antes mencionados, se requiere, necesariamente, de la intervención y apoyo financiero del Estado, el que con recursos propios deberá financiar la porción que las personas no puedan cubrir con sus propios medios. El Estado deberá definir la calidad del plan de

salud que garantizará a toda la población, los costos del mismo y las fuentes de financiamiento.

El tema de qué subsidiar requiere un análisis profundo. Se debe decidir qué acciones de Salud subsidiar y a qué niveles de inversión y calidad. La respuesta no es trivial porque no se dispone de recursos ilimitados lo que impone, desde un principio, montos máximos a gastar en Salud. Como referencia se sabe que numerosos países financian sus sistemas de Salud con cantidades que representan entre un 4% y 6% de su P.I.B.[19] lo que refleja que, en último término, los programas de salud se deben adecuar a la realidad económica y demográfica de cada país, ya que una mayor cobertura y calidad en salud deberá ir necesariamente a la par con un mayor desarrollo económico el que, a su vez, genera con frecuencia un aumento significativo en términos absolutos y relativos de la población de edad avanzada, la que tiene los mayores costos de salud.

Sería razonable que, en lo que respecta a la Salud, los subsidios sean focalizados hacia aquellas personas que no sean capaces de financiar por sí solos o a través de seguros sus requerimientos básicos en esta materia. Esto implica subsidios del Estado a los más pobres disminuyendo en forma progresiva hasta llegar a cero en los grupos que sí pueden financiar èste mínimo. Para poder determinar con precisión a los beneficiarios de los subsidios debería contarse con un instrumento objetivo que permita medir el nivel de pobreza de cada familia, el que haría posible una eficiente focalización de los subsidios a los realmente más pobres. Esto que hace algún tiempo resultaba prácticamente imposible, hoy en día, gracias a las modernas tecnologías de procesamiento computacional de la información parece perfectamente factible.

4.1.7. Seguro por Incapacidad Laboral temporal

Un aspecto que debe tratarse en forma especial se refiere al seguro por incapacidad laboral temporal. Este seguro persigue financiar los ingresos de los trabajadores durante los períodos en que, debido a una enfermedad, se encuentren incapacitados temporalmente de realizar su trabajo en forma normal.

Para financiar los casos de invalidez permanente existe otro tipo de seguros, administrados en Chile por el sistema de Pensiones.

El tratamiento especial de este seguro está fundamentado en la alta frecuencia de abusos que normalmente se presentan en su aplicación, como por ejemplo, licencias médicas demasiado prolongadas o simplemente sin causa real, las que repercuten en cobros fraudulentos del seguro. Es necesario establecer, dentro de este seguro, mecanismos que desincentiven a las personas, a las instituciones de salud y a los médicos a abusar del mismo, ya que implantar complicados mecanismos de control resulta, en general, más cara y muchas veces ineficiente. Los mayores costos de un seguro mal utilizado los pagan todos los trabajadores por igual a través de tarifas más altas.

---

[19] *The Economist*, World Vital Statistics, 1990.

Para evitar el abuso en este seguro debería cubrir sólo parcialmente los ingresos del trabajador durante el período en que perdure su incapacidad laboral. Por otra parte, debería contemplarse un período inicial que no fuese cubierto por el seguro. Se propone que el seguro sólo debería activarse a partir del séptimo día de inactividad con una cobertura parcial de un 70% del ingreso imponible del trabajador. Con respecto a los seis primeros días, los tres primeros deberían corresponder al trabajador mientras que los tres siguientes a la empresa. De esta manera, la empresa debería considerar mecanismos de control que impidan los abusos. Así, la empresa y el trabajador financian en forma compartida el costo del seguro en conjunto con la institución que otorgue la licencia que percibe la prima respectiva.

4.1.8. Estructura de Propiedad de la Infraestructura Médica

La estructura de la propiedad y participación en las utilidades podría considerar un aspecto fundamental de esta industria: los médicos aportan una importante componente dentro del capital necesario para la función de producción de las empresas de la salud. Este capital (capital humano) debería reflejarse en la propiedad de las empresas.

En esta perspectiva, en los hospitales podrían existir tres tipos de acciones. Las primeras que representarían el 51%, corresponden a acciones de capital físico de libre disponibilidad, las que estarían en manos de los inversionistas. En segundo lugar, estarían las acciones médicas del capital físico, las que serían adquiridas por los médicos al ingresar a la sociedad, de acuerdo a mecanismos previamente convenidos.

Finalmente, estarían las acciones médicas del capital humano, las que pertenecerían a los médicos mientras se desempeñaran en el hospital, y que estarían de acuerdo a una función del número de horas de trabajo, los años de experiencia y los antecedentes profesionales. Estas acciones deberían ser asignadas por una comisión formada por los médicos del hospital y debería alcanzar hasta un 25% de la propiedad total. El objetivo de estas acciones, es entregar incentivos a los médicos de mayor experiencia, para que sigan trabajando en el hospital.

Con su asignación, se pone un límite al número de profesionales, su experiencia y especialización, con tal de mantener el número de acciones de este tipo dentro del porcentaje aceptado por la sociedad. Los médicos recibirán un sueldo fijo que no variará con el tiempo, siendo la rentabilidad de las acciones antes mencionadas, las que proporcionen ingresos e incentivos aceptables a estos profesionales.

Los médicos deberían comprar acciones del capital físico, tanto de la unidad donde trabajen, sea esta un consultorio u hospital, y de la ISAPRE cabeza de todo el sistema. La relación podría ser de una acción de su unidad por cada una de las de la ISAPRE. Con esta medida, una parte de sus ingresos dependerá del éxito del conjunto, mientras otra parte depende directamente del trabajo del equipo del que él forma parte.

Las acciones médicas del capital físico deberían ser vendidas por los médicos al renunciar al hospital, mientras que las acciones médicas del capital humano, se pierden automáticamente al renunciar. Esto último, es debido a que al renunciar, el médico se lleva consigo el capital intelectual que respaldaba esta participación accionaria, capital que será restituido por otros profesionales.

Otra ventaja de esta forma de organización es que se establecen mecanismos de incentivo a los médicos jóvenes en aspectos tan importantes para ellos como es el aprendizaje a través de la interacción con pacientes y otros profesionales de mayor experiencia. Esto junto con los incentivos económicos generados por sueldos mejores que el sistema estatal, participación en las utilidades en función de su experiencia (Acciones médicas del capital humano) y en función de su participación en la propiedad de los activos fijos (acciones del Capital Fijo) conforman el sistema de estímulos que debería atraer a médicos jóvenes.

4.2. ORGANIZACIÓN Y OPERACIÓN DEL SISTEMA

4.2.1. Operación

Como se ha mencionado con anterioridad, la idea fundamental de este sistema de salud es que cada jefe de hogar pueda seleccionar, entre una conjunto de alternativas, el centro de atención ambulatorio que atienda a su familia.

Los centros ambulatorios competirían entre sí para captar las personas y, por lo tanto, recibir los recursos que les permiten su financiamiento. Para evitar dificultades al acceso, los centros deberían aceptar a cualquier persona pudiendo sólo el afiliado desahuciar el contrato con un aviso previo. El valor del bono debería cubrir los costos de los verdaderos riesgos de salud del grupo familiar al nivel de calidad definido por el Estado para este servicio. Para ello se ha propuesto un cálculo del mismo de acuerdo a un conjunto de variables representativas de las diferencias en el riesgo de salud de las personas, como por ejemplo edad, sexo y origen sociocultural del individuo. Además, para los enfermos crónicos y para otros casos especiales se considera un subsidio adicional a determinar en cada caso. La idea es hacer igualmente atractivas para el centro ambulatorio a todas las familias, independientemente de su composición y de sus riesgos de salud.

4.2.2. ¿ Cómo operaría el sistema ?

El primer requisito para que un sistema de esta naturaleza pueda operar es la existencia de una adecuada base de datos computacional para el conjunto de los afiliados al nuevo sistema de salud financiado por el Estado. Los afiliados deben, a su vez, estar debidamente identificados. En la base de datos de los afiliados al sistema de salud es conveniente identificar mediante un código único al grupo familiar que será la unidad demandante de servicios de salud y que contará con el apoyo del subsidio estatal.

Un segundo requisito básico es que se produzca un control recíproco sobre la información referente a las características de las familias entre los dueños de los centros de salud y los grupos familiares, de modo que lo anterior permita la actualización oportuna y veraz de la base de datos de los afiliados al sistema estatal de salud.

El Estado debe desarrollar mecanismos de fiscalización tendientes a evitar la subdeclaración de los ingresos por parte de los cotizantes. Los empleadores son los encargados de descontar las cotizaciones obligatorias para la salud. La base de cálculo de éstas deberá incluir todos los tipos de remuneraciones que perciba el trabajador (sueldo base, comisiones, asignaciones de título, etc.), con muy pocas excepciones que no constituyen renta (movilización, colación, etc.). La responsabilidad legal, en los casos en que se detecten irregularidades, corresponderá al empleador el que no tendrá incentivos para la subdeclaración.

Por otra parte, el cálculo de los subsidios se debe realizar mediante indicadores objetivos de los niveles de bienestar de la población basados en un conjunto de variables objetivas. Esto es especialmente relevante en el caso de los trabajadores independientes los que para recibir el subsidio estatal deberán cotizar el total de la diferencia entre éste y el costo total del plan básico de salud.

Tomando en cuenta los puntos anteriores, el jefe de hogar deberá acercarse a las oficinas del Ministerio de Salud destinadas al pago de subsidios. Allí entregará todos los antecedentes del grupo familiar que encabeza, incluyendo información sobre embarazos, enfermedades crónicas, etc. El cálculo del bono requiere de estos antecedentes ya que el valor dependerá de la composición de edad y sexo del grupo familiar. Se persigue con esto que el riesgo de cada grupo familiar sea el mismo para el centro ambulatorio. Este bono se puede recalcular cada vez que se produzcan cambios significativos en la estructura familiar. El bono pretende cubrir todos los costos de salud esperados por el grupo familiar en base a promedios estadísticos. El bono incluiría un ítem de gasto asignado para cada tipo de prestación, como las consultas, exámenes de laboratorio, hospitalizaciones, etc. Otro antecedente de suma importancia es el referente a todos los miembros del grupo familiar que cotizan para Salud, es decir los que trabajan. Los trámites de cálculo y recálculo del bono puede hacerlos el mismo centro ambulatorio siendo controlados mediante muestreos estadísticos por el Estado. El cálculo del bono se realizaría de acuerdo a la Figura 4-1.

CALCULO DEL BONO

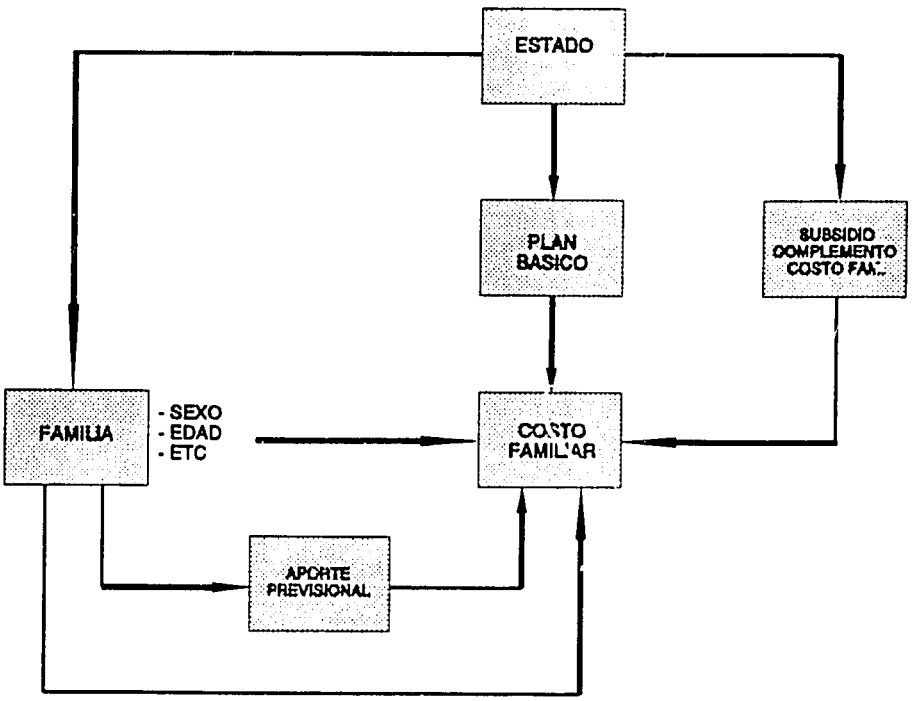


Figura 4-1

El bono entrega dos tipos de antecedentes: (i) aquellos destinados al centro de atención ambulatoria, mediante un listado con los nombres de todos sus afiliados y miembros del grupo familiar que tienen derecho a atenderse, con los montos pagados, (ii) aquellos dirigidos al afiliado constituidos por los mismos antecedentes sobre su familia más las cotizaciones consideradas y el monto total del subsidio aportado por el Estado.

El jefe de hogar se inscribe junto con toda su familia en el centro ambulatorio que prefiera pudiendo cambiarse cuando lo estime conveniente, dando previo aviso con un período de anticipación razonable. El centro de atención ambulatoria deberá entregar un conjunto de prestaciones básicas determinadas por la ley respectiva. El centro no podrá impedir el acceso a un afiliado ni poner término al contrato unilateralmente, salvo en los casos especiales estipulados en la ley como por ejemplo personas que cometan fraude u otro tipo de delitos.

El centro asume todos los costos de la salud del grupo familiar, aunque directamente sólo realizará las prestaciones ambulatorias. El afiliado deberá cancelar un pequeño co-pago cada vez que sea atendido en el centro ambulatorio o cuando sea derivado a otro centro de mayor complejidad. Este valor tiene por

objeto regular la demanda desincentivando los requerimientos por causas injustificadas.

Entre las garantías que otorga el centro de atención ambulatoria está el hospital que lo respalda. En efecto, cada centro ambulatorio se afiliará a un hospital general por un monto fijo por persona a acordar entre las partes. Esta afiliación deberá realizarse mediante una licitación pública en la que los hospitales tendrán un tope máximo a cobrar definido por lo que el Ministerio ha asignado previamente a este ítem. La licitación será ganada por aquel proveedor que cobre menos y asegure una atención de mejor calidad. De no existir ofertas bajo el tope, el Estado deberá resolver el problema mediante infraestructura propia o asignando recursos especiales para permitir a este grupo el acceso a la salud. Por definición, al haber realizado en buena forma los cálculos de los bonos, esta situación sólo se presentará en casos aislados con poblaciones muy alejadas de la media general. De esta manera, el centro de atención ambulatoria traspasa todos los riesgos económicos implícitos en las atenciones de mayor costo como las de hospitalización y cirugía a centros de mayor tamaño y capacidad financiera. Este hospital deberá cubrir los problemas básicos que requieren hospitalización, tales como partos, cirugía general y algunos tratamientos que requieran supervisión especializada.

Finalmente, este hospital podrá subcontratar, a su vez, todos los servicios de los que, por su gran complejidad y costo, no dispone. Este tipo de atenciones podrían realizarse, a modo de ejemplo, mediante algún tipo de seguro colectivo licitado en los centros de especialidad, de igual forma que en el caso anterior. En la Figura 4-2 se aprecia la forma en que operaría el sistema.

MECANISMO DE OPERACION DEL SISTEMA

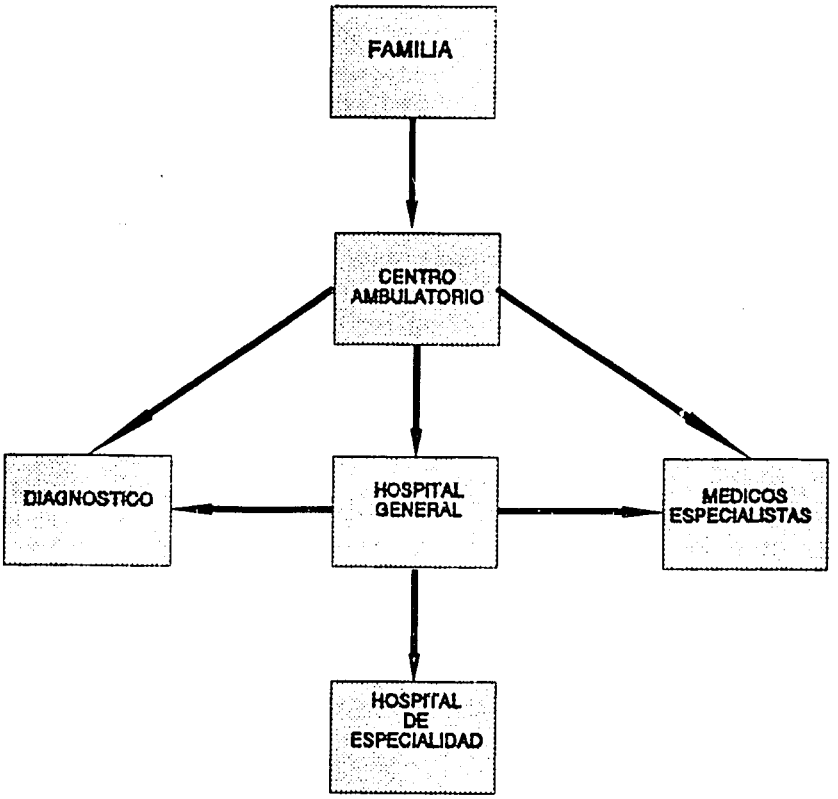


Figura 4-2

Un último elemento lo constituyen algunas dolencias que, por su elevado costo o implicaciones de carácter epidemiológico, constituyen riesgos que difícilmente podrían absorber los seguros de salud en forma independiente. En este caso, sería interesante que el Estado se hiciera cargo de esta eventualidad mediante un seguro o reaseguro para toda la población protegida por el sistema con subsidio estatal y de aquellos que se financian por su cuenta.

4.2.3. ¿ Cómo se atiende un afiliado ?

Una vez incorporado un grupo familiar a una de las nuevas ISAPRES, todos sus miembros pasan a tener acceso a todas las prestaciones financiadas en el plan básico de salud. Estas son tanto las acciones de tipo curativo como las acciones de tipo preventivo. Para esto, el jefe de hogar debió entregar un bono que cubre los costos del seguro de salud de su familia. Su valor ha sido determinado de acuerdo a las características y riesgos de salud propios del grupo familiar. Su financiamiento se logra mediante las cotizaciones previsionales del grupo

familiar complementadas por un subsidio estatal hasta completar el valor del bono.

Cuando uno de los miembros del grupo familiar presenta un problema que requiere de atención médica, este debe dirigirse al centro ambulatorio donde se encuentra inscrito. En éste, se le pedirá previo a su atención un pequeño co-pago. Luego es atendido, teniendo un primer contacto con un paramédico, el que

Dependiendo de las características observadas, deriva la atención a un médico especialista o a un médico general cuyos honorarios serán cancelados por el centro ambulatorio previo convenio realizado con ellos tomando en cuenta que, en lo posible, estas personas serán, además, socios del centro ambulatorio. En algunos casos simples, podrá resolver el problema el mismo paramédico. Todos los exámenes e interconsultas necesarias para un adecuado diagnóstico se deberán realizar con las instituciones y profesionales con los que la ISAPRE tenga convenio. En el financiamiento de ellos, el paciente deberá participar con pequeños co-pagos adecuados a sus posibilidades económicas.

Cuando del diagnóstico se desprenda la necesidad de una intervención quirúrgica y/o de hospitalización, el centro médico deberá recurrir al hospital con el que ha establecido convenios para el traslado del paciente con el fin de realizar en el los procedimientos necesarios. En este caso, tanto el paciente como el centro médico deberán realizar co-pagos, los que tendrán como objetivo evitar las derivaciones innecesarias. Si se trata de una dolencia que requiere de una atención especializada, el hospital recurre a sus convenios con Hospitales Especializados para proceder.

En cuanto a los diversos sistemas de apoyo, como laboratorios y centros de diagnóstico, éstos podrán establecer convenios con los diferentes niveles dependiendo de la frecuencia y tipo de los requerimientos. Estos convenios pueden ir desde descuentos especiales hasta pagos fijos por persona. En todo caso, es importante considerar pequeños co-pagos por parte del paciente toda vez que sea derivado a un centro de diagnóstico o laboratorio para evitar presiones desmedidas para recurrir a estos servicios.

En términos generales, las personas incorporadas al sistema tendrán el derecho a recibir todas las prestaciones de salud contempladas en el plan básico, siendo éstas otorgadas directamente por la empresa proveedora del seguro de salud, o mediante los convenios que ésta presente.

4.2.4. Financiamiento

El financiamiento del sistema se basa en un bono que refleja el costo total del seguro de salud de una familia.

Este bono sería enterado por los aportes previsionales que realicen todas las personas del grupo familiar que cuenten con empleo remunerado, y complementado por un subsidio estatal hasta alcanzar el costo de un plan básico de prestaciones de salud. El aporte de las personas podría ser del orden de un 7% del sueldo imponible mensual (que es la cotización actualmente cobrada por el sistema privado de ISAPRE).

Un aspecto de suma importancia es que el desarrollo y supervivencia de este sistema requiere, necesariamente, de un decidido y permanente apoyo estatal en lo que se refiere a la legislación y a la continuidad de los recursos asignados. Más aún, si se persigue a través de él el concurso de capitales privados en el financiamiento de la inversión en infraestructura de salud, como los hospitales de gran tamaño.

Además, el Estado podría contratar en el mercado un seguro por un plazo de cinco años, a lo menos, en favor de los inversionistas privados operando en este mercado de la salud, por una eventual pérdida del valor real de los subsidios. Todo esto con el único objetivo de permitir un acceso razonablemente seguro a los inversionistas, ya que esta incertidumbre podría afectar la calidad final de la salud que este sistema podría entregar.

Es evidente que lo anterior sólo podrá darse en la práctica en la medida que el Estado tome conciencia de cuál es su verdadero rol en una economía de mercado, esto es, su insustituible papel normativo, difusor de información y de apoyo a los más pobres mediante subsidios financiados con la recaudación tributaria, utilizando la eficiencia de las empresas privadas competitivas en el trabajo de proveer estos complejos servicios en los que la calidad de la atención es fundamental.

En la Figura 4-3 se puede apreciar la forma en que se financiaría el sistema.

FLUJO DE FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD OTORGADAS POR EL SECTOR PUBLICO

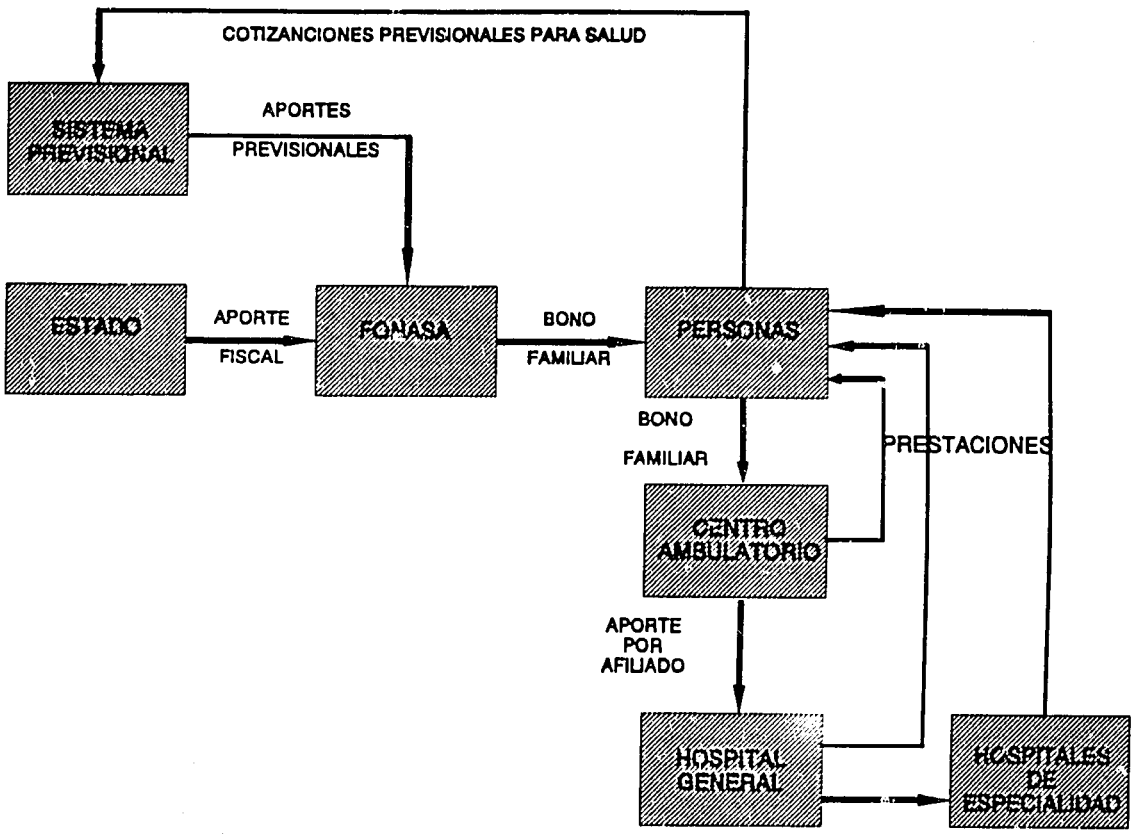


Figura 4-3

4.2.5. Cálculo de los Subsidios

Basándose en análisis comparativos de la morbilidad de la población y de los costos asociados a ella, tanto por edades, sexo y variables de tipo socioeconómico, se puede determinar una función que relacione los riesgos médicos de cada individuo con alguna unidad estándar.

Esto se debe a que el costo de este plan básico dependerá necesariamente de éstos y otros factores, como la existencia de enfermedades crónicas en el individuo. Se puede diseñar de esta manera un modelo que, en base a unas pocas variables, determine el costo esperado de la atención de salud de cualquier individuo en términos relativos al costo de la atención promedio. Para estos efectos se define una unidad llamada "Unidad de Salud" (US).

Definición

1 US = Costo de un plan básico de salud para un hombre adulto de entre 25 y 40 años, sin enfermedades crónicas o invalidantes.

De esta manera, será posible asignar un número objetivo de US a cada grupo familiar. El valor final del bono de salud estará dado por el número de US multiplicados por el valor mensual de la US. Este valor puede reajustarse de acuerdo a un índice de precios sectorial (por ejemplo ISPS, Indice Selectivo de Precios de la Salud, que considera una selección de los ítemes más importantes en los costos de la salud). Este valor de US reflejará los verdaderos riesgos médicos del grupo familiar. No obstante, una eficiente labor por parte del consultorio redundará en menores riesgos efectivos y traerá como consecuencia mayores ganancias para el centro de atención.

El número de US de un bono, calculado de acuerdo a los antecedentes del grupo familiar en cuestión, podrá ser recalculado cada vez que existan nuevos antecedentes sobre la composición y condición del grupo familiar. Esto podrá ser solicitado tanto por los beneficiarios del mismo como por el consultorio que los atienda. También se incluirá información que será recibida automáticamente por el Estado (nacimientos, defunciones, etc.). Esta forma de cálculo del monto de US hace que cada familia sea tan atractiva como cualquier otra para el consultorio, independientemente de su composición y su nivel socioeconómico.

El Plan Básico definido para estos efectos tendrá una función primordial en la regulación del sistema total, siendo punto de partida para los diversos planes que los consultorios privados puedan entregar. En general, se puede decir que, en competencia, los diferentes consultorios se diferenciarán probablemente por aquellas prestaciones de salud que entreguen más allá del plan básico y principalmente por su mayor o menor calidad de servicio.

El Plan Básico antes mencionado permite financiar todas las prestaciones de salud, tanto las ambulatorias como las hospitalarias. Se puede separar, por lo tanto, estos montos considerando las características más estables de los costos ambulatorios que los de hospitalización (más aleatorios). Estos últimos

es posible tratarlos mediante un sistema de seguro de salud para toda la población.

El Plan Básico debe incorporar en sus costos financiamiento para algunos medicamentos básicos, como por ejemplo los utilizados en las intervenciones quirúrgicas y un listado reducido con aquellos que sean considerados técnicamente esenciales (como los antibióticos), y cuyo costo pueda significar una barrera para su adquisición.

Otro elemento de importancia que debe considerar el Plan Básico es un seguro dental básico, el que debe contemplar el costo inicial de reparar la salud dental actual para los casos más urgentes.

Las personas presentan diferentes requerimientos de atención de salud a lo largo de la vida. Durante la infancia estos van decreciendo, a medida que pasan los años, ya que los niños requieren menos controles y atenciones que los recién nacidos. En el adolescente estas exigencias llegan a un mínimo, las que se mantendrán por un tiempo para empezar a crecer lentamente. En los ancianos la atención médica deja de ser un fenómeno aleatorio para convertirse en un fenómeno cierto ya que los ancianos requerirán con toda seguridad de mayores cuidados médicos. El cálculo del subsidio pasa por determinar una función de costos de la atención de salud en términos de las variables mencionadas.

Se puede prever que, con respecto a la variable edad, será mayor su valor para los lactantes y los ancianos. Las mujeres de edad fértil deberán también tener una ponderación mayor que los varones de igual edad, debido a los costos de salud asociados a la maternidad. Por último, de acuerdo al nivel educacional, el nivel de ingreso y riqueza, u otras variables socioeconómicas, se puede esperar que mientras mejores sean estos indicadores menor será el valor de la función de costos.

También es importante considerar un subsidio especial para otros casos, como pueden ser los enfermos crónicos, y para los que requieren tratamientos prolongados, por ejemplo las de tipo psiquiátrico, en los que existe certeza de un mayor costo en la atención de salud. También podrían considerarse subsidios especiales para poblaciones de riesgo significativamente superior a la media. En estos casos, la autoridad debería disponer de las herramientas objetivas para cuantificar el monto de este aporte especial y la forma de controlar su entrega para evitar posibles fraudes.

4.2.6. Competencia

Como se ha mencionado, una de las funciones a cargo del Estado sería la de velar por la competencia entre las diferentes empresas privadas que provean los servicios de salud.

En este sistema, dado que el financiamiento total (la suma de las cotizaciones previsionales para salud y el subsidio estatal) representa un monto fijo por persona, la competencia no se podrá producir por tarifas sino, más bien, por la calidad del "producto" salud, entendido en términos de la satisfacción de

necesidades médicas de las personas. Ellos podrán elegir aquella empresa que mejor resuelva sus problemas a cambio de sus aportes. De esta manera, los prestadores de servicios de salud podrán competir vía calidad por captar más afiliados.

Para garantizar la buena selección de los centros de salud en que se atenderán los afiliados al sistema es conveniente incentivar la transparencia de la información en los mercados. Para ello el Estado debe informar al público en base a encuestas objetivas en las que se midan variables relevantes concernientes a los resultados de la atención de salud y a la percepción de los afiliados de la calidad del servicio en sus centros de atención.

Existen algunos segmentos del mercado que requieren de una atención especial debido a las dificultades para la existencia de una competencia razonable. Se trata de la atención primaria en lugares de baja densidad poblacional y la atención de alta especialización.

En el caso de la atención primaria, existen algunos mecanismos que podrían reducir significativamente el problema del monopolio local. Uno de ellos consiste en la fijación de estándares mínimos de calidad de los servicios que todos los centros de salud deberían cumplir, observados en la mayoría de los centros que sí compiten y sobre los cuales se dispone de información objetiva.

En otras palabras, estos valores, que podrían ser determinados de acuerdo a los resultados obtenidos por el conjunto de las empresas que operen en mercados competitivos, servirían de patrón objetivo de comparación. El cálculo debería corresponder a la media, descontada alguna proporción de la desviación estándar de modo de establecer, finalmente, un nivel de calidad de servicio mínima a exigir por el Estado a los concesionarios o empleados públicos que administren los consultorios rurales o los ubicados en pueblos pequeños.

Otro mecanismo para promover la competencia podría ser un subsidio especial destinado a financiar los costos de transporte desde pequeñas localidades apartadas de los centro urbanos, aumentando la competencia mediante el expediente de incorporar estas localidades al mercado potencial de las ciudades más cercanas. Esta decisión deberá tomarse estudiando cada caso.El segundo grupo que puede presentar problemas a la competencia se refiere a los centros más especializados, los que tienen características monopólicas debido a que, en un país pequeño como Chile, no se justificaría económicamente la existencia de más de uno o dos de ellos. Estos centros corresponden a monopolios de tipo natural lo que aconsejaría la fijación técnica de tarifas por parte de organismos controlores mediante criterios también técnicos, estables en el tiempo, tal como se explicara anteriormente.

En algunos casos se podría justificar la contratación de algunos servicios en el exterior, en particular en los países vecinos. Esto es válido en especialidades que requieren de poblaciones aún mayores que la chilena para su desarrollo y en los que los costos de transporte no representan un impedimento significativo en comparación con el costo de la prestación, y los beneficios por ella aportados.

4.2.7. Incentivos para la Eficiencia del Sistema

En un sistema nacional de salud utilizar apropiadamente los recursos es un imperativo por dos razones fundamentales: (i) se debe garantizar un nivel de salud razonable para la mayoría de la población y, como los recursos disponibles son limitados, la calidad de la salud dependerá necesariamente de la eficiencia que se logre en su uso, (ii) los recursos aportados por el Estado provienen fundamentalmente de la recaudación tributaria, los que tienen un alto costo alternativo en términos que podrían destinarse al consumo o la inversión.

Es razonable pensar que la disposición a pagar impuestos mejorará en la medida que los resultados obtenidos con estos recursos también mejoren.

El primer elemento que promueve la eficiencia del sistema es, sin duda, la competencia entre las empresas privadas actuando en los mercados de la salud. Su relevancia y la forma como el Estado puede garantizarla fueron ya tratadas en el punto anterior con detalle.

En segundo lugar, el sistema, al basarse en un pago fijo por persona, entrega al centro de salud la responsabilidad de atender a los individuos a costos razonables, sin incurrir en gastos excesivos. Es más, la forma más práctica de reducir los costos de salud de una persona es mantenerla sana por lo que al centro de salud le convendrá invertir en prevención, buscando bajar sus costos futuros.

Uno de los temas que merece una atención especial por parte de la Superintendencia de Salud encargada de controlar el sistema está en la subatención de las patologías como mecanismo de control de costos, en la que prestadores de servicios médicos puedan rechazar la atención de personas afiliadas a ellos. Este factor es, en principio, controlado por la competencia ya que una persona insatisfecha con lo que obtiene de su centro de salud se cambiará a otro que le otorgue más garantías. La transparencia de la información fomentada por el Estado es un factor decisivo para que este control por la competencia pueda operar.

4.2.8. Supervisión

Se propone que los centros de atención ambulatoria sean organismos que, junto con administrar el subsidio estatal de salud, den directamente las prestaciones de atención primaria. Estas instituciones serían controladas en los aspectos técnicos y administrativos por el Ministerio de Salud a través de sus diferentes unidades.

El Ministerio de Salud por su parte, debe realizar tareas distintas a las actuales, por lo que es necesario reestructurarlo de acuerdo a las nuevas necesidades. Dentro de este marco se propone una nueva estructura administrativa. En ella, las funciones de administración de servicios médicos pasan a un segundo plano, destacándose las de control y supervisión, como así como también las de información a la comunidad.

Dentro de este contexto, se propone un nuevo organigrama para el también nuevo Ministerio de Salud (MINSAL). En la Figura 4-4 se puede ver el nuevo organigrama.

El MINSAL se descompondría en cuatro áreas principales. La primera área la constituye el FONASA encargado principalmente de tareas financieras y de control administrativo de los agentes privados operando bajo el sistema de subsidios. También se debiera preocupar del financiamiento de las otras unidades del MINSAL.

La segunda área, la compondrían aquellas tareas que el MINSAL deberá realizar directamente. Entre estas funciones podemos destacar los aspectos de Salud del Ambiente, información y educación de la población y las funciones del Instituto de Salud Pública (ISP), encargado de múltiples tareas de control de alimentos y medicinas. También deberá conservar un rol protagónico en el control y prevención de epidemias.

En tercer lugar se mencionarán las secretarías regionales, encargadas del control técnico de los diferentes agentes privados operando bajo el régimen de subsidio. Estas secretarías, que constituirían la columna vertebral del MINSAL, deberán informar a la comunidad de los diferentes estudios realizados, y en especial publicitar toda la información que sea útil para la selección de alternativas de salud por parte de la población.

En último lugar, está la administración de la infraestructura de salud, a cargo del MINSAL. El MINSAL podrá necesitar de alguna infraestructura propia, como la necesaria para la administración de programas específicos, por ejemplo, planes de alimentación complementaria. También es posible considerar algún consultorio u hospital con características especialmente monopólicas. En todo caso la administración de estos activos debe funcionar por canales independientes de las secretarías regionales, ya que para una sana competencia no debe existir ningún tipo de privilegios para la infraestructura estatal con respecto a la privada.

a) Control Técnico

Se propone que el Ministerio de Salud, a través de las Secretarías Regionales de Salud (SRS), ejerza el control técnico sobre estas instituciones privadas y municipales que reemplazarían en sus funciones a los consultorios SNSS o a los actuales consultorios municipales. Para ello, cada secretaría debería contar con departamentos de auditoría médica, estadísticas y de difusión, este último encargado de informar a la comunidad de los resultados de las investigaciones realizadas por la secretaría o subcontratadas por ésta.

A los prestadores de servicios de salud se les debería exigir periódicamente informes estadísticos de las prestaciones como así también estadísticas vitales respecto a los principales índices biodemográficos. Las secretarías exigirían el cumplimiento de normas técnicas, por ejemplo, número de horas contratadas de personal médico de acuerdo a la población beneficiaria; cumplimiento de programas de vacunaciones y otros programas sobre las personas y el ambiente.

b) Control Administrativo

Se propone que el Fondo Nacional de Salud (FONASA) ejerza una permanente fiscalización sobre los aspectos financieros de estas instituciones a través de auditorías sobre los aspectos más vulnerables a errores. Por ejemplo, si el subsidio de salud asignado a una familia es el correcto de acuerdo al número de cargas familiares o el número de subsidios corresponde al número real de beneficiarios de la institución. Se debería preparar un sistema de multas frente a este tipo de distorsiones y eventual suspensión de la autorización para operar como prestador de salud con derecho al subsidio frente al reiterado incumplimiento de las normas que establezca la autoridad.

4.2.9. Plan Piloto

La aplicación de un modelo como el planteado requiere, necesariamente, de un experimento de prueba en el que se puedan realizar en un "laboratorio a escala real" todas las experiencias necesarias para hacer más eficiente el sistema.

En este plan piloto se puede verificar la factibilidad real de aplicar un modelo de este tipo a gran escala. Esto es debido a que, independiente de la calidad de la información utilizada en la evaluación, la realidad social es muy difícil de modelar y presentará ajustes imposibles de prever.

Se sugiere que para esta experiencia piloto se entreguen en administración delegada aquellos establecimientos de atención primaria integral en los cuales se decida probar esta modalidad de asignación del subsidio estatal de salud. La entrega debería hacerse a los mismos profesionales de la salud que hoy trabajan en estos establecimientos, los que para los efectos de la administración podrían asociarse con terceros especializados en el complejo tema de la administración de salud. Este comodato incluiría el traspaso de los bienes muebles, equipos, vehículos e instalaciones que permitan su funcionamiento. Serían de cargo del centro las reparaciones necesarias para el mantenimiento del establecimiento o las mejoras que se realicen. También el pago de impuestos, consumos de agua, electricidad, gas y teléfono. Todo esto tratando de simular lo más fielmente posible las condiciones de operación del sistema.

ORGANIGRAMA DEL NUEVO MINISTERIO DE SALUD
(MINSAL)

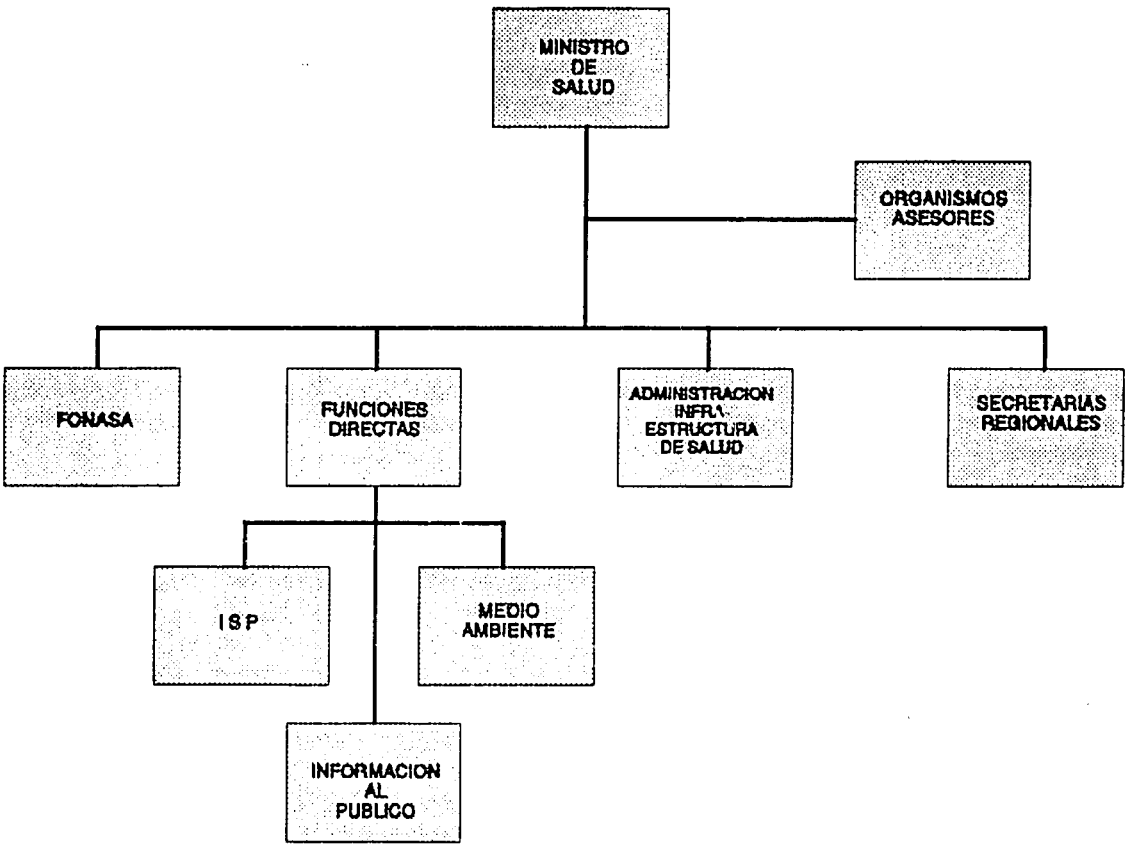


Figura 4-4

La entrega en administración delegada del establecimiento de salud comprendería al personal profesional de colaboración médica que esté en funciones al momento del traspaso, manteniendo los funcionarios el sistema de remuneraciones y el régimen previsional que rige en el servicio de salud respectivo. Esto último busca entregar estabilidad laboral al personal durante este período experimental sin perjuicio de cualquier sistema de incentivos que sus nuevos administradores privados decidan adoptar.

Esta proposición de proyecto piloto de centro ambulatorio sería de una duración predeterminada y la evaluación de sus resultados sería la que establecería la posibilidad de extender este sistema. En su forma definitiva, los centros de atención ambulatoria serían empresas privadas que , bajo control técnico y financiero del Ministerio de Salud, darían directamente las prestaciones médicas de atención primaria subcontratando las de mayor complejidad, como se ha explicado.

Sería muy importante que el traspaso del consultorio fuera a los mismos médicos y personal auxiliar que trabajan en él, y que para el término del período de prueba existiera un compromiso de venta del consultorio a los mismos. De esta manera, los médicos tendrían mayores incentivos y menor grado de inseguridad con respecto al futuro. Para poder determinar el éxito del plan piloto deberán existir parámetros preestablecidos para medir el desempeño con los cuales se podrá evaluar en forma objetiva los resultados. También es importante que las condiciones de venta del consultorio sean conocidas de antemano y que sean razonables para las partes.

Para simular el sistema en forma realista, los centros ambulatorios deberían efectuar todos los convenios necesarios para su operación. Estos convenios podrían ser realizados tanto con agentes estatales o privados, buscando la mayor flexibilidad posible. En todo caso, se debería tomar en cuenta en la evaluación que el experimento es una aplicación parcial de lo planteado, por lo que será necesario ajustar los resultados para su extrapolación general.

Para una segunda etapa, se propone que los actuales policlínicos y hospitales operen mediante el sistema de subsidio a las personas, aunque aún en manos del Estado. Se deberá simular lo mejor posible las condiciones de licitación de los servicios por parte de las nuevas aseguradoras de salud con los hospitales y laboratorios. En esta etapa, se podrá poner a prueba el sistema a escala nacional.

Se propone reorganizar en este período el sistema estatal para simular lo mejor posible el esquema propuesto. En esta etapa, se puede realizar el proceso de afiliación, completar el desarrollo de los procesos computacionales, los que deberán servir para una estandarización de los procedimientos una vez puesto en marcha el sistema en toda su magnitud.

Finalmente, una vez pasadas con éxito las dos etapas anteriores se deberá poner en práctica el sistema en su totalidad. Se procuraría entregar los hospitales a los mismos médicos y personal auxiliar que trabajan actualmente en ellos. Sólo en caso de no ser posible se debería traspasar estas instituciones a otros médicos o empresarios.

Las condiciones comerciales del traspaso de los servicios de salud estatales a los nuevos dueños privados debería ser en condiciones apropiadas al mercado y los riesgos propios del negocio. Estos deberían venderse mediante créditos de largo plazo a tasas de mercado, en los que el fisco no "regale" su patrimonio y los compradores paguen precios cercanos al valor económico de los activos.

Es de suma importancia que se establezcan, paralelamente con la implementación del sistema, medidas de control y de eficiencia por parte de las entidades contraloras ministeriales. Así, la función de éstas estaría orientada a controlar la calidad de los servicios, informar al público acerca de la calidad de los mismos, controlar los posibles abusos que presente el sistema y en las áreas con fuerte tendencia monopólica, fiscalizar el buen funcionamiento del sistema en general, y controlar y sancionar la mala práctica de la profesión médica y casos similares.

4.3. COSTOS DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

Un antecedente de importancia para el diseño de un sistema de salud para la población, hoy protegida por el sistema estatal, son los costos que este último tiene. Estos importantes antecedentes están disponibles sólo desde julio de 1992, fecha en que el Ministerio de Salud y el Banco Mundial realizaron el estudio titulado "Estudio de Costos de las Prestaciones de Salud".

En base a los antecedentes antes mencionados proporcionados por el MINSAL, se ha elaborado un cuadro que resume los costos de las principales prestaciones de salud del sistema público.

CUADRO 4-1

COSTO PRINCIPALES PRESTACIONES DE SALUD SISTEMA PÚBLICO[20]

PRESTACIONES	US$/PRESTACION
CONSULTAS MEDICAS	5.7
EXAMENES LABORATORIO	5.0
RAYOS X	10.5
DIA CAMA	60.3
CIRUGIA	55.8
TRASLADO	20.4
VACUNACION	4.5

[20] Fuente: Estudio de Costos de las Prestaciones de Salud, BIRF-MINSAL 1992

CUADRO 4-2

COMPARACIÓN DE COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO

(US$/prestación)

PRESTACIONES	ISAPRE CRUZ BLANCA[21]	MINSAL[14]
CONSULTA MEDICA	5.5	5.7
EXAMENES LABORATORIO	2.9	5.0
RAYOS X	18.5	10.5
DIA CAMA	33.3	60.3

Como se puede ver, los valores presentados son comparables, llamando la atención la similitud de los costos del MINSAL en consultas médicas con las tarifas alcanzadas en convenios por Cruz Blanca.

En cuanto a los exámenes de laboratorio y días cama, los precios de los convenios alcanzados por Cruz Blanca S.A. son notoriamente inferiores a los costos del MINSAL.

Situación inversa ocurre con los exámenes de imagenología los que presentan costos inferiores en el sector público. Es probable que esto se explique por un conjunto de prestaciones de mayor complejidad ofrecido por el sector privado y no disponibles en el sistema público.

En cuanto a los honorarios quirúrgicos, derechos de pabellón y costos de las intervenciones y procedimientos que no fueron incluidos por las diferencias de metodología de cálculo, se estima, por los antecedentes disponibles que los costos del sector público son inferiores a los que presenta el sector privado.

Por último, se presenta a continuación un cuadro con una comparación de costos del sistema privado, tanto bajo la modalidad de convenio como de libre

[21] Fuente: Cruz Blanca S.A., convenios de atención

elección, y del sector público en prestaciones cuyas metodologías de cálculo de costos son comparables.

CUADRO 4-3

COMPARACIÓN DE COSTO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO

(US$/prestación)

PRESTACIONES	ISAPRE CRUZ BLANCA[22] LIBRE ELECCION	ISAPRE CRUZ BLANCA[22] CONVENIOS	ISAPRE ISPEN[23] LIBRE ELECCION	MINSAL[24]
Consultas med.	9.5	5.5	11.9	5.7
Exámenes lab.	3.3	2.9	5.0	5.0
Rayos X	18.5	18.5	24.7	10.5
Honorarios méd.		12.1		
Derechos pabellón		149.6	110.9	
Día cama		33.3	63.2	60.3

[22] Fuente: Isapre Cruz Blanca S.A. (ISAPRE abierta)

[23] Fuente: Isapre Ispen Ltda. (ISAPRE cerrada)

[24] Fuente: Estudio de costos de las prestaciones de salud. BIRF-MINSAL 1992