

Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno

Rafael Urriola Urbina

Este artículo examina ante todo las fuentes de financiamiento de la salud y su uso, a partir de las cuentas de salud disponibles en Chile; el rol del gasto público actual y su efecto sobre la reducción de inequidades en el sistema chileno, y la distribución de las prestaciones según los niveles de ingreso de la población. La solidaridad y la equidad parecen ser propias del sector público, aunque esta equidad se verifica sólo en cierto tipo de prestaciones. Enseguida, el trabajo analiza tres programas del seguro público (el Fondo Nacional de Salud) destinados a reducir las inequidades en el acceso a la salud y que han servido como ensayos para el actual Plan de la Reforma de Salud en Chile; pasa revista al componente central de la reforma —el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE), aprobado en el 2005 y que comenzó a aplicarse gradualmente— y describe elementos de equidad financiera.

Rafael Urriola Urbina
Economista jefe,
Secretaría Técnica del Fondo Nacional
de Salud (FONASA)
Subdirector Técnico en el Área de
Economía
de la Fundación
Friedrich Ebert en Ecuador
Ex jefe del Departamento de Estudios
del Ministerio de Salud de Chile
 rurriola@fonasa.gob.cl

I

Introducción

Los procesos de reforma de los sistemas de salud están en marcha en el mundo hace más de una década. Curiosamente, estos procesos tienen lugar simultáneamente en países con diversos niveles de desarrollo, con historias variadas de la institucionalidad en materia de salud, con esquemas y concepciones generales diferentes sobre la organización de los sistemas y con modalidades que combinan los instrumentos y las instituciones de muy diversas formas.

Todo parece indicar que no existe una solución institucional “única”, un solo modelo “victorioso” que resuelva en todos los casos los desafíos actuales en el área de la salud y, particularmente, el aumento de la demanda de prestaciones de salud. Este aumento, unido al mayor tiempo durante el cual se hace efectiva tal demanda, lleva a una tasa de crecimiento de los gastos en salud (individuales e institucionales) que supera el incremento medio de los gastos generales de la población.

En efecto, se observa una alta correlación positiva entre el desarrollo económico general de los países, el gasto en salud y la esperanza de vida de la población (OMS, 2004). Las propuestas, por lo tanto, apuntan a encontrar combinaciones virtuosas entre la excelencia en la atención de la salud y la efectividad presupuestaria.

Este artículo se propone examinar el aporte fiscal y algunos programas del sector salud en Chile que han tenido efectos notorios sobre la equidad en el acceso a los bienes y servicios de salud. Luego de esta introducción, en la sección II se examina el gasto global en salud de Chile y sus fuentes de financiamiento, destacando la dualidad entre seguro público y seguros privados en el país. También se describen las desigualdades en el acceso a los bienes y servicios de salud que la organización actual de los sistemas de salud es incapaz de resolver. En la sección III se presentan algunos programas especiales que se caracterizan justamente por focalizar las prestaciones y recursos en grupos altamente desprotegidos. Si bien desde el punto de vista de la salud en general es deseable universalizar las prestaciones, estas modalidades con cobertura parcial permiten acudir en ayuda de quienes, por su bajo nivel de ingreso, no tienen posibilidades de ser atendidos. A modo de ejemplo se examinan tres programas de este tipo: Préstamos Médicos, Seguro Catastrófico y Programa Adulto Mayor. En la sección IV se pasa revista al nuevo Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (Plan AUGE), que universaliza la cobertura de 56 patologías por el asegurador público y las aseguradoras privadas. En la sección V se analizan ciertos elementos de equidad financiera. Por último, la sección VI contiene algunas conclusiones.

II

Financiamiento público de la salud y equidad

La preocupación por el aumento de los gastos en salud ha estimulado un amplio debate y, por ello, en Chile hubo quienes atribuyeron al proceso de reforma reciente un objetivo exclusivamente financiero (en especial de reducción del gasto público), descartando o menospreciando sus objetivos de salud. En la gestión pública existe un objetivo financiero permanente que es preciso tener en cuenta, pero en este caso cabe señalar que, aunque en el decenio de 1990 los gastos públicos en salud aumentaron 286% en términos rea-

les, en el mismo lapso el PIB también aumentó considerablemente (alrededor de 100%).

Según estudios recientes que correlacionan el PIB con el gasto en salud en un período largo, este gasto tiende a crecer más rápidamente que el PIB en la primera etapa de desarrollo, y luego a converger con él e incluso a crecer más lentamente que él en las etapas posteriores (López Casanovas, 2004). Es probable que Chile se encuentre en la primera fase descrita para la Unión Europea en el estudio citado.

Ahora bien, para hacer un examen comparado del gasto en salud según las modalidades institucionales de cada país es necesario desglosarlo conforme a las fuentes de financiamiento: en primer lugar, el aporte fiscal directo, al cual se agrega el aporte de los municipios como complemento al del Presupuesto del Estado. Y, en segundo lugar, las cotizaciones (contribuciones) previsionales obligatorias por ley que son captadas por el seguro público —el Fondo Nacional de Salud (FONASA)— o por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) privadas y las cotizaciones obligatorias para cubrir accidentes del trabajo que perciben las mutuales.

Los gastos privados de salud incluyen, por su parte, todos los seguros individuales o grupales que tienen por función cubrir problemas de salud, a los cuales hay que agregar las cotizaciones voluntarias adicionales de los afiliados y los llamados gastos de bolsillo, que en rigor son aquellos que pagan los beneficiarios sin reembolso por falta (total o parcial) de cobertura previsional.

El cuadro 1 muestra la distribución de los gastos en Chile el año 2003 (Urriola, 2004). Lo más significativo es que para enfrentar carencias en salud ha sido necesario aumentar fuertemente el aporte fiscal directo, que subió 32% entre el 2000 y el 2003 (Comisión

CUADRO 1

Chile: Cuentas de salud, 2003
(Millones de pesos corrientes)

Prestadores ^a	Sector público					Sector privado				Total
	Aporte directo		Cotizaciones obligatorias			Gastos de bolsillo				
	Fiscal	Municipal	FONASA	Mutuales	Isapres	Cotización voluntaria en Isapres	Copagos en prestaciones	Copagos en medicamentos	Otros directos	
<i>Sector público</i>	544 778	44 051	350 766	3 638	16 415	5 311	0	0	73 018	1 037 977
Establecimientos del SNSS	455 545		339 100						65 697	860 342
APS Municipal		44 051								44 051
ISP	3 072		199						4 177	7 448
Hospitales de las FFAA y de Orden	82 564									82 564
Hospital J.J. Aguirre	3 597		11 467	3 638	16 415	5 311			3 144	43 572
<i>Sector privado</i>	0	0	119 762	116 494	343 742	147 484	265 895	0	32 539	1 025 916
Hospitales, clínicas y profesionales			119 762		343 742	147 484	265 895		32 539	909 422
Mutuales				116 494						116 494
<i>Administración</i>	0	0	16 494	15 835	76 575	32 506	0	0	0	141 410
FONASA			16 494							16 494
Isapres					76 575	32 506				109 081
Mutuales				15 835						15 835
<i>Autoridad de salud</i>	115 816									115 816
<i>Farmacia</i>	101 009	0					0	363 296	0	464 305
Gasto público	101 009									101 009
Gasto privado								363 296		363 296
<i>No asignados</i>				5 446	3 777	1 603				10 826
Total	761 603	44 051	487 022	141 413	440 509	186 904	265 895	363 296	105 557	2 796 250
%	27,2%	1,6%	17,4%	5,1%	15,8%	6,7%	9,5%	13,0%	3,8%	100,0%

Fuente: Urriola (2004).

^a SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud. APS: Atención Primaria de la salud. ISP: Instituto de Salud Pública de Chile. FFAA: Fuerzas Armadas. FONASA: Fondo Nacional de Salud. Isapres: Instituciones de Salud Previsional.

de Reforma, 2003). El aporte público alcanzó en el 2003 a 67,1% del gasto total en salud.

Según estadísticas oficiales (FONASA, 2004a), los beneficiarios del seguro público¹ aumentaron alrededor de 6% en el decenio de 1990 y cubrieron el 67% de la población, mientras que en el mismo período el aporte fiscal directo, como se dijo antes, se elevó 286% en términos reales. A simple vista podría parecer un gasto exagerado pero, en realidad, responde a una política de compensación por el bajo nivel del gasto en salud del gobierno durante el decenio de 1980. Incluso así, hoy el gasto medio anual en salud por habitante en Chile alcanza a solo 139 dólares, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cifra muy inferior a la de Argentina y Uruguay y similar a la de México (cuadro 2).

Como resultado del aumento del gasto fiscal, el sector público de salud chileno ha logrado en los últimos años una mayor equidad. Tal aumento tiene una justificación adicional, ya que los ingresos medios provenientes de la cotización per cápita difieren enormemente entre el sistema público y el privado. En el 2003, las cotizaciones medias por beneficiario eran de 46.032 pesos² en el asegurador público y de 161.427 pesos en las aseguradoras privadas. El aporte fiscal directo aumenta el ingreso medio disponible per cápita en el sector público a 114.377 pesos, es decir, su impacto neto reduce las desigualdades entre ambos sectores.³

Por otra parte, la diferencia de ingresos entre el asegurador público y las aseguradoras privadas obedece además a que el Estado se hace cargo de aproximadamente un 20% de la población que declara no tener ingresos (al menos estables), y a que es receptor obligado del “descrime”⁴ de la afiliación de cotizantes a los seguros privados.

¹ Excluye las Fuerzas Armadas, aunque la red hospitalaria de esas instituciones fue considerada.

² El dólar se ha calculado para todos los efectos sobre la base del valor medio anual estipulado por el Banco Central de Chile, que en 2003 fue de 691,4 pesos por dólar.

³ Para quienes quieren comparar con los balances de la Superintendencia de Isapres o de FONASA que consignan el total del valor de las cotizaciones, vale señalar que los subsidios por incapacidad laboral (SIL) que corresponden a pagos por indemnizaciones de días no trabajados no fueron considerados gastos en salud y, por lo tanto, no se contabilizaron en el cuadro 2 ni en los cálculos de gastos medios. No obstante, tales gastos podrían ser incluidos en una cuenta satélite más amplia, por ejemplo, de seguridad social.

⁴ Se entiende por “descrime” una selección de riesgo discriminatoria, por la cual se le aumenta la prima a los individuos con riesgos mayores de tal modo que, finalmente, permanecen en la institución aseguradora los expuestos a menos riesgos o costos medios más bajos.

CUADRO 2

Varios países: Aporte del gobierno en dólares entre 1997 y 2001

(Promedio en dólares por habitante, al tipo de cambio medio)

País	Aporte del gobierno en dólares por habitante (promedio entre 1997 y 2001)
Argentina	380
Chile	139
España	786
Estados Unidos	1 939
México	133
Portugal	639
Singapur	326
Uruguay	295

Fuente: OMS (2004).

Hay diversos indicadores que califican a la población según riesgo. En el cuadro 3 se observa que los grupos con riesgo mayor (niños y adultos mayores) están mayoritariamente adscritos al FONASA.

Por ejemplo, el sector público cubre en especial una proporción altísima de los adultos mayores (92%), grupo que es el más desprotegido tanto en Chile como en la mayor parte de los países latinoamericanos. En este caso, estamos en presencia de lo que se ha llamado vulnerabilidad sociodemográfica, es decir, de “un síndrome en el que se conjugan eventos sociodemográficos potencialmente adversos (mayores riesgos), incapacidad para responder a la materialización del riesgo e inhabilidad para adaptarse activamente al nuevo cuadro generado por esta materialización” (CEPAL, 2002).

En lo que concierne a la salud, la vulnerabilidad de los adultos mayores emana de la mayor necesidad de servicios de salud en esta edad, la ausencia de seguridad social activa que les permita disponer de ingresos suficientes y la existencia de una débil infraestructura pública y privada para satisfacer una demanda diferenciada. Estos son desafíos acuciantes que enfrenta la región en el futuro inmediato.

La prueba financiera de esta vulnerabilidad (incapacidad de respuesta) se encuentra en los ingresos de los pensionados (jubilados) del país en el 2003. La curva de pensiones que aparece en el gráfico 1 muestra que el 60% de ellos cotiza mensualmente por ingresos menores a 81.457 pesos.

Este proceso desfavorece a las personas con mayores riesgos, como adultos mayores, mujeres en edad fértil o personas con enfermedades crónicas.

CUADRO 3

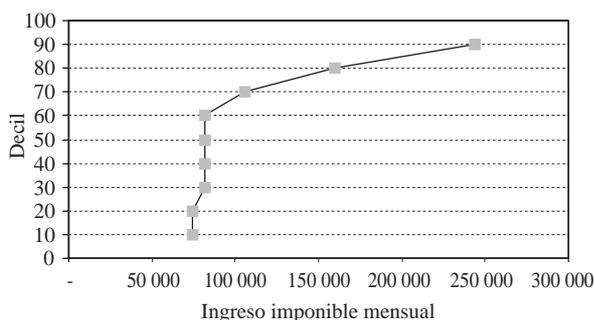
**Chile: Distribución de la población según edad y sexo,
por tipo de seguro, 2001**

Grupos de edad	Afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA)			Afiliados a instituciones de salud previsional (Isapres)		
	Hombres	Mujeres	Total FONASA	Hombres	Mujeres	Total Isapres
0 - 4	450 725	436 096	886 821	135 343	126 862	262 205
5 - 19	1 515 551	1 434 176	2 949 727	411 002	392 716	803 718
20 - 44	1 623 376	1 984 338	3 607 714	636 280	625 645	1 261 925
45 - 64	813 634	988 553	1 802 187	244 436	258 016	502 452
65 y más	370 204	539 711	909 915	37 206	43 282	80 488
<i>Total</i>	<i>4 773 490</i>	<i>5 382 874</i>	<i>10 156 364</i>	<i>1 464 267</i>	<i>1 446 521</i>	<i>2 910 788</i>

Fuente: Subdepartamento de Estudios del FONASA.

GRÁFICO 1

Chile: Ingresos mensuales de los pensionados, por tramos de ingreso, 2003



Fuente: Angulo y Urriola 2004.

En suma, el Estado debe asegurar mayoritariamente a quienes están expuestos a más riesgo: adultos mayores, mujeres en edad fértil y, por cierto, portadores de enfermedades crónicas.

Desde el punto de vista general de un sistema de salud mixto (público/privado) como el chileno, podría concluirse que la presencia de la opción privada ha permitido: i) crear mayor competencia, tanto por la tendencia a equiparar los aranceles de prestaciones de los aseguradores público y privados⁵ como por exigir la modernización del sector público, lo que se manifiesta en una creciente aceptación del servicio público en las encuestas; ii) aumentar en 30% el aporte voluntario adicional a las cotizaciones obligatorias que ha-

cen los afiliados a los seguros privados (cuadro 1), lo cual permite elevar la calidad de los planes para quienes tienen riesgos “normales” y iv) mejorar la infraestructura general de salud del país.

Sin embargo, las críticas que se formulan a este sistema mixto son también contundentes: se señala que i) amplía la inequidad, por cuanto el sector público recibe a los más pobres, los más vulnerables y los más “costosos”, lo que quiere decir que no limita el “descreme” por parte de las aseguradoras privadas, ni ofrece compensaciones por la vía de fondos solidarios comunes interinstitucionales; ii) exhibe, según se reconoce, una cierta arbitrariedad en los costos de los planes individuales, porque la asimetría de información se traduce en bajas posibilidades de elegir bien entre planes de salud si existen miles de opciones; iii) crea en el ámbito privado una competencia superflua y onerosa en torno a los gastos de comercialización,⁶ y iv) dificulta o impide que sea óptima la planificación global de salud, puesto que la demanda nacional tiene al menos un margen de incertidumbre determinado por quienes pueden eventualmente transitar de un subsistema al otro.

Finalmente, hay una diferencia entre el sector público y el privado en la cobertura de los gastos en medicamentos, salvo los incluidos en el Plan AUGE. Mientras que los planes de las aseguradoras privadas nunca incluyen el pago de medicamentos, el asegurador público los cubre en la atención primaria para los usuarios calificados en las categorías A y B del FONASA, es decir,

⁵ En este sentido el asegurador público actúa como regulador, sobre todo en lo referente al costo de las consultas, ya que las prestaciones tienen coberturas fijas y preestablecidas anualmente.

⁶ En efecto, los gastos de administración per cápita del FONASA en 2003 fueron de 1.559 pesos, mientras que los de las Isapres llegaron a 39.970 pesos, es decir, fueron 26 veces más altos.

CUADRO 4

Diez países y una región de América Latina: Valor y consumo de fármacos (2003)

País	Gasto total (millones de dólares)	Población 2001 (miles)	Consumo per cápita (unidades)
Argentina	3 656	37 487	9
Brasil	4 939	172 891	7
Chile	513 ^a	15 402	11
Colombia	915	43 070	7
Ecuador	426	12 880	9
México	6 605	100 373	10
Perú	335	26 090	2
Rep. Dominicana	252	8 624	4
Uruguay	262	3 361	15
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	1 775	24 632	14
Centroamérica	654	55 658	2
<i>Total</i>	<i>20 332</i>	<i>500 468</i>	<i>7</i>

Fuente: IMS Health (s/f).

^a Esta cifra no coincide con la del cuadro 1. Estimamos que la diferencia obedece esencialmente a que este cuadro no considera el gasto público en fármacos.

indigentes y personas que perciben ingresos de hasta un salario mínimo.⁷ En efecto, del gasto total en medicamentos, alrededor de un 22% corresponde al sector público y el resto es gasto privado. Según estimaciones regionales (cuadro 4), los gastos en fármacos en Chile están por debajo del promedio de la región, aunque representan alrededor del 16% del gasto global en salud.

En general, si se acepta que el gasto de bolsillo atenta contra la equidad, cabe acotar que en Chile alrededor de un 10% de la población no aparece cubierto por seguros de salud, mientras que en América Latina el porcentaje de personas sin cobertura sería de 25% (Titelman y Uthoff, 2000).

Por cierto que disminuir los gastos de bolsillo es también un objetivo de las reformas en curso. Para hacerlo hay que aumentar la cobertura y controlar de mejor manera la administración de medicamentos, particularmente en relación con el uso de genéricos y alternativos. En Chile los medicamentos genéricos representan el 41% del consumo medido en unidades y solo equivalen al 8% del gasto total en fármacos (IMS, 2004).

Los procesos de reforma, por el contrario, han tendido a aumentar los copagos —incluidos en los gastos de bolsillo— con el propósito de reducir el “riesgo moral”. Sin embargo, hasta ahora no se ha logrado establecer de manera convincente cuál es el nivel de copago que no genera exclusión.

Se ha sostenido que, al no haber acceso universal garantizado a los servicios de salud, será necesario introducir normas que tiendan a reducir la desventaja de quienes, por no disponer de recursos adicionales, deben esperar oportunidades de atención inciertas. Lo que con este argumento se sugiere es reducir los copagos, al menos para los sectores de bajos ingresos. En este caso, la dicotomía de “Isapres para ricos y FONASA para pobres” (Sapelli y Torche, 1997), más allá de tener una cierta connotación peyorativa, deja entrever que la solidaridad y la equidad son propias del sector público, aunque esta equidad —como se verá— resulta parcial, es decir, segmentada por tipos de prestaciones. La aseveración citada coincide con lo expresado en un estudio reciente (Van Doorslaer y Masseria, 2004) efectuado en la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

1. Demanda de servicios y nivel de ingresos

Los análisis de demanda coinciden en diferenciar la demanda de prestaciones según los niveles de ingresos del hogar (Mahieu, 2000; Titelman, 1999). Con este propósito se agrupa a la población por quintiles de ingreso⁸ para verificar si existen diferencias significativas por estratos en la demanda de servicios de salud.

⁷ No obstante, es frecuente que los consultorios no dispongan de suficientes medicamentos y los usuarios deban comprarlos directamente en farmacias privadas.

⁸ Esta agrupación la ha realizado directamente el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) en su base de datos, y lo hizo considerando solo los ingresos autónomos de los hogares.

Del cuadro 5 es posible desprender varias conclusiones. En primer lugar, que en Chile el bloque de prestaciones constituido por la atención primaria (consultas preventivas y generales) y la atención de urgencia ha alcanzado un nivel de cobertura tal que no existe discriminación en el acceso por quintil de ingresos. Diferente es el caso del segundo bloque, el de consultas de especialidad, atención dental, exámenes de laboratorio e imagenología (rayos X y ecografías).

En efecto, al comparar los promedios por quintiles encontramos que en el primer bloque hay un mayor número de prestaciones recibidas por los hogares de menores ingresos, de modo que la desviación porcentual de la demanda de los servicios mencionados con respecto a la media es mayor en los quintiles de ingresos bajos. Esto indica que dichos estratos no tienen restricciones para acceder a los servicios, y que hasta podría estudiarse para esta situación el efecto conocido como “riesgo moral” (que se produce cuando, debido al costo nulo o bajo de un servicio, se tiende a derrocharlo).⁹

En cambio, en el segundo bloque de prestaciones, quienes no disponen de recursos —especialmente los afiliados al FONASA en las categorías A y B— deben esperar turnos o tiempos exagerados para acceder a los servicios, o bien pagar la totalidad o parte de la prestación para lograr atención oportuna. Es decir, ante la exigencia de un pago hay una notoria reducción de la demanda de los dos primeros quintiles de ingresos, lo que se explicaría por una autoinhibición de la demanda

CUADRO 5

Chile: Desviación de la demanda con respecto a la media, según prestación, en los dos quintiles de ingreso más bajo y los dos de ingreso más alto
(Porcentajes)

Prestación	40% de ingreso bajo	40% de ingreso alto
Control preventivo de salud	12,9	-17,4
Consulta general	5,3	-7,7
Consulta de urgencia	17,7	-33,4
Consulta de especialidad	-25,7	16,6
Atención dental	-28,6	18,3
Exámenes de laboratorio	-11,8	8,6
Rayos X o ecografías	-25,2	10,6

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), 2000.

⁹ Sobre el caso chileno, véase Sapelli y Vial (2001).

impulsada por la falta de recursos para afrontar las necesidades de atención en tiempo oportuno (cuadro 5).

Para las prestaciones en que el servicio público demuestra una mayor eficacia, cobertura y oportunidad, los sectores de menores ingresos acuden en mayor proporción que los de mayores ingresos. En todo caso, también debe considerarse la hipótesis de una sobre-reacción en estos sectores frente a posibles enfermedades. Hay indicios suficientes para pensar que la demanda de atención de urgencia obedece en muchos casos más bien a una percepción individual que a lo que puede ser entendido clínicamente como urgencia, y que una proporción significativa de estas atenciones podría haberse dado en las instancias normales de la atención primaria.

No obstante, hay estimaciones (Ipinza, 2004) de que el déficit de profesionales de la salud en establecimientos de atención primaria bajo administración municipal (sistema público) alcanzaba en el 2002 al 50%, lo que explicaría la “fuga” de pacientes en este nivel. A ello hay que agregar el efecto de saturación que se desprende del hecho de que 24 consultorios tengan más de 40.000 inscritos (Ministerio de Salud, 2002b). Ambas situaciones concurren a explicar la sobrecarga de los servicios de urgencia en el país.

En los casos de atención dental, laboratorio e imagenología, las diferencias de la demanda según quintiles de ingresos pareciera deberse a que los sectores de ingresos bajos se ven obligados a postergar estas prestaciones por carencias reales de dinero.

Respecto de las consultas de especialidad, en cambio, se requiere más información antes de aventurar conclusiones, porque hay también evidencia de que los grupos que disponen de una cobertura total en servicios de salud acuden a dichas consultas sin que medie una derivación profesional. El “filtro” de la derivación, que se aplica en diferentes países, ha permitido disminuir costos innecesarios que se detectan en estas prestaciones.¹⁰

En definitiva, los antecedentes que exhibe el cuadro 5 muestran la inequidad horizontal en Chile, es decir, la medida en que personas con igual necesidad de servicios de salud tienen diferentes tasas de utilización de ellos. Esta inequidad se comprueba fácilmente en el bloque de consultas de especialidad, atención dental e imagenología, y se reduce por la acción pública, como muestra la sección siguiente.

¹⁰ La reforma de salud vigente en Francia desde enero del 2005 aumenta los costos de las personas que acuden a un especialista sin ser derivadas a él desde la atención primaria.

III

Programas públicos para reducir la inequidad en salud

Esta sección examina tres programas especiales del FONASA que efectúan una focalización positiva en los grupos de ingresos a los que benefician. Se trata de los programas Préstamos Médicos, Seguro Catastrófico y Programa Adulto Mayor, cuyos objetivos de equidad serían recogidos posteriormente en el Plan AUGE que se analiza más adelante, en la sección IV.

1. Préstamos Médicos

Los Préstamos Médicos o préstamos de salud se enmarcan en el área de acción del Plan Nacional de Salud. Son otorgados por el FONASA a beneficiarios de escasos recursos, para apoyarlos en el financiamiento total o parcial del monto que les corresponde pagar por las prestaciones de salud que han recibido del prestador público o de los prestadores privados.

Puesto que los préstamos de salud tienen carácter de extraordinarios y pueden darse para enfrentar situaciones de riesgo vital, su existencia tiene gran importancia. Ellos pueden cubrir:

- La totalidad del copago de las atenciones calificadas como de emergencia o de los medicamentos entregados en los consultorios de especialidad de los establecimientos públicos
- Hasta un 42,5% del valor total en nivel 1 de las atenciones que dan origen a la confección de un programa de atención de adquisición de órtesis
- Adquisición de prótesis (por ejemplo, lentes ópticos y audífonos)
- Hospitalizaciones (mínimo una noche)
- Tratamientos psiquiátricos y de radioterapia
- 100% de financiamiento en el caso de pacientes dializados (este rubro, actualmente incluido en el Plan AUGE, ocupó hasta el 2002 la mayor parte de esta línea de financiamiento)
- Intervenciones quirúrgicas inscritas en el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) "Su Cuenta Conocida"¹¹

¹¹ El Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), mecanismo de pago que utiliza el FONASA en Chile, asocia al asegurador y al proveedor de modo que el pago se hace con una cantidad fija que cubre un conjunto de prestaciones y que permite resolver en forma integral una patología o un diagnóstico determinado.

Las canastas de prestaciones cubiertas por esta modalidad (todas ellas quedaron luego insertas en el Plan AUGE) son:

- Canasta PAD Cataratas
- Canasta PAD Parto
- Canasta PAD Colelitiasis
- Canasta PAD Hiperplasia de la Próstata

Pueden solicitar un préstamo¹² los beneficiarios que coticen en el FONASA y sus dependientes legales respectivos (cuadro 6).

Como puede observarse en el cuadro 6, los grupos de menores ingresos son los más beneficiados con estos préstamos. Además, según la misma fuente del cuadro, los pensionados y adultos mayores reciben el 76% y el 54%, respectivamente, de los fondos asignados mediante este mecanismo, lo que confirma que estos préstamos tienen el carácter de compensatorios para lograr mayor equidad.

El principio de gradualidad que se ha aplicado en la reforma de la salud en Chile se manifiesta en lo siguiente: a partir del 2003 se asignaron menos recursos de PAD a las canastas PAD Cataratas y PAD Partos, fundamentalmente porque para ambas hubo una disminución del arancel y un aumento de la bonificación. Posteriormente, en julio del 2005, después que el Plan AUGE institucionalizara patologías, diera más amplia cobertura y estableciera atención universal y exigible para nuevos problemas de salud (véase más adelante la sección IV), estas canastas quedaron incluidas en dicho Plan, de modo que se eliminó la excepcionalidad como mecanismo para resolver situaciones de exclusión por carencia de recursos.

2. Seguro Catastrófico

A mediados de la década de 1990 se hizo un catastro de prestaciones complejas, caracterizadas por tener elevado costo; ser otorgadas por profesionales altamente especializados; requerir apoyo tecnológico

¹² Por cierto, la categoría de indigencia (grupo A) postula a prestaciones gratuitas. Los préstamos están orientados a quienes tienen algún ingreso y, por lo tanto, efectúan un copago.

CUADRO 6

Chile: Préstamos médicos otorgados, según tramo de ingreso de los beneficiarios, 1999 a agosto del 2004

Tramo de ingreso (en pesos)	Nº de préstamos	Monto global (millones de pesos)	Monto/total
0 - 50 000	8 172	8 129	6,6
50 000 - 75 000	24 953	25 920	21,1
75 000 - 100 000	32 616	47 401	38,6
100 000 - 150 000	32 309	19 519	15,9
150 000 - 200 000	20 381	7 447	6,1
200 000 - 250 000	12 510	4 433	3,6
250 000 - 300 000	7 402	3 019	2,5
Mayor a 300 000	13 283	6 983	5,7
<i>Total</i>	<i>15 626</i>	<i>122 850</i>	<i>100</i>

Fuente: Departamento de Finanzas del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

sofisticado y caro, e incidir fuertemente en el gasto total de los establecimientos públicos de salud, razón por la cual incrementaban notoriamente las listas de espera (Jarpa, 2005).

Con esta información se intentó, primeramente, articular un programa que vinculara las prioridades de salud con los mecanismos de pago vigentes, a fin de aminorar en los servicios públicos los desincentivos para otorgar las prestaciones de mayor costo, como el temor a ser “mal calificados” por acrecentar la deuda hospitalaria.

La Resolución Exenta 1885 de los Ministerios de Salud y Hacienda del 28 de noviembre de 1997 otorgó garantías de gratuidad a la atención de las primeras enfermedades que fueron cubiertas por lo que en ese momento se calificó legalmente de Seguro Catastrófico. Para estos efectos se definieron productos o canastas con financiamiento por PAD, que incluían prestaciones (días/cama, exámenes y procedimientos, intervención quirúrgica), frecuencia de uso, precios unitarios y costo total. Esas canastas —grupos de prestaciones— fueron elaboradas sobre la base de criterios de expertos y revisión de fichas clínicas, y con el apoyo de estudios nacionales e internacionales.

Así, a medida que los servicios de salud eran compensados a precios reales por atender las enfermedades ahora llamadas catastróficas, ya no encontraban razones para mantener sobrecargadas las listas de espera. Por su parte, los beneficiarios del Seguro Catastrófico empezaron a disfrutar de un 100% de cobertura financiera, sin pagos adicionales y, además, comenzó a establecerse lo que posteriormente fue parte de los principios básicos de la reforma de salud: esto es, plazos garantizados para obtener las prestaciones, y atención

preferencial mediante una mejor información sobre los derechos de los usuarios, el servicio de fonoayuda y la instalación paulatina de una red de reclamos.

Como se ve en el cuadro 7, la mayoría de las patologías que empezó cubriendo el Seguro Catastrófico fue posteriormente “universalizada” en el Plan AUGE.

En el 2001 se incorporó a esas patologías el sida, que también luego quedó cubierto por el Plan AUGE, y en el 2003 la mayor cantidad de prestaciones¹³ consistió en cuidados paliativos (45.712); drogas antineoplásicas del Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas (11.328); exámenes complejos de cáncer (8.300) y tratamientos para el cáncer de cuello uterino (7.802). En cambio, los mayores gastos fueron destinados a hemodiálisis (10.250 millones de pesos); cardiocirugías (9.854 millones de pesos) y sida (8.830 millones de pesos).

Entre comienzos de 1999 y fines del 2004 se destinaron cerca de 350 millones de dólares a paliar los impactos monetarios de enfermedades de más de 200.000 personas. Estos costos normalmente no hubieran podido ser asumidos por ellas de manera individual.

La posibilidad de agravar la situación de salud con una catástrofe económica ha estado presente siempre en la población, particularmente entre quienes cuentan con planes restringidos en los seguros privados. De hecho, a medida que el FONASA incorporaba nuevas patologías al Seguro Catastrófico (por ejemplo, el sida), las Isapres se iban viendo obligadas a establecer beneficios similares para retener a sus clientes.

¹³ La diferencia con el cuadro 7 se produce porque un caso/persona puede recibir numerosas prestaciones.

CUADRO 7

Chile: Seguro Catastrófico, 1999-2004
(Número de casos)

Áreas	1999	2000	2001	2002	2003	2004 (proyección)
Cardiología ^a	2 730	2 933	3 377	4 267	7 745	9 710
Neurocirugía	1 787	1 952	2 257	3 355	6 052	10 210
Trasplante renal ^b	233	248	218	225	221	236
Trasplante hepático	24	27	27	26	26	36
Peritoneo diálisis ^b	45	55	61	64	72	91
Radioterapia ^a	4 492	4 499	4 758	5 096	4 568	7 848
PNDA ^{a c}	104	82	103	956	944	1 172
Droga inmunosupresora ^b	1 281	1 418	1 639	1 793	2 111	2 145
Escoliosis ^b	251	205	212	263	277	425
Fisurados ^b	428	595	740	941	1 008	1 427
Gran quemado	196	271	218	218	212	221
Politraumatizado	88	87	86	82	52	68
Cuidados paliativos ^b	4 065	5 662	5 772	6 583	11 428	12 898
Hemodiálisis ^b	63	802	823	1 229	1 779	2 549
Trasplante de médula ^b	4	11	15	18	18	20
Quimio cáncer de mamas ^b	193	518	756	1 169	1 546	1 830
Sida ^b	0	0	1 657	3 308	4 038	5 700
Quimio cáncer cervicouterino ^b	0	0	0	626	469	602
Vitrectomía	0	0	0	740	818	858
Fibrosis quística	0	0	0	225	280	292
Tratamiento quir. preinvasor e invasor cáncer cuello uterino ^b	0	0	0	0	7 902	8 104
<i>Total</i>	<i>15 984</i>	<i>19 365</i>	<i>22 719</i>	<i>31 184</i>	<i>51 566</i>	<i>66 442</i>

Fuente: Departamento de Comercialización del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

^a En 2005, una parte está en el Plan AUGE y otra en este Seguro Catastrófico.

^b En 2005 está en el Plan AUGE.

^c Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas.

En realidad, el Seguro Catastrófico abrió las puertas a un debate que culminó con la reforma a la cobertura de las garantías financieras en el Plan AUGE, donde finalmente se aprobó que los afiliados al FONASA y a las Isapres tendrían derecho a un copago máximo de 20% ante los problemas de salud cubiertos por el Plan AUGE, con la garantía adicional de un límite máximo anual no superior a aproximadamente el 17% de lo que percibe el afiliado por año.

3. Programa Adulto Mayor

Este programa apunta a mejorar la calidad de vida del adulto mayor mediante la entrega de elementos (órtesis y prótesis) que eviten la merma de su capacidad funcional y, además, a ampliar la cobertura de la resolución de las patologías más frecuentes y de más alto costo que afectan a este grupo etario.

Por cierto, la necesidad de crear programas especiales compensatorios para adultos mayores se debe al

bajo nivel de cobertura y de ingresos que brinda la seguridad social del país a los jubilados, como mostró antes el gráfico 1. Por ello, a partir del 2001 los adultos mayores disfrutaron de gratuidad en los servicios de salud en la Modalidad de Atención Institucional del FONASA, cualesquiera sean sus ingresos. Se estima que las personas de 65 años y más constituirán el 9% de la población en 2010 y que la oferta institucional de servicios para ellos no está aún preparada.

Las enfermedades que más causan muertes de adultos mayores son: la enfermedad isquémica del corazón, es decir, las enfermedades a las arterias coronarias; las enfermedades cerebrovasculares, más conocidas como "accidentes cerebrales", y las neumonías o infecciones graves de los pulmones y bronquios. Todas ellas son tratadas en virtud del Programa Adulto Mayor (cuadro 8), que tiene alrededor de 100.000 beneficiarios anuales (cerca del 10% de la población en este tramo etario).

El sistema público, además, hace campañas de prevención dirigidas a este grupo, entre las cuales

destaca la conocida como “campana de invierno”. Esta campana incluye programas de vacunación masiva; aumento de número de camas en hospitales para recibir a los pacientes más graves que requieren hospitalización; adecuación de salas de atención para Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Respiratorias Agudas en los consultorios (Salas IRA y ERA), y apertura extraordinaria de consultorios durante los fines de semana en zonas donde se requiera. Asimismo, el Programa Años Dorados otorga un suplemento alimenticio a los mayores de 70 años que estén registrados en algún consultorio adscrito a este programa y que tengan al día sus controles de salud y de enfermedades crónicas.

Cabe destacar que todos estos programas y subprogramas especiales se fueron creando a partir de la demanda expresada por los afiliados, la que, según se estima, de no mediar líneas de financiamiento excepcionales no habría podido ser satisfecha por los pacientes. A medida que se vaya institucionalizando la “universalidad” de todas o parte de las prestaciones mediante el Plan AUGE, los programas compensatorios y focalizados como los que se han descrito tenderán a redefinirse o a subsumirse en un plan de mayor cobertura. De hecho, el Plan AUGE se construyó sobre la base de lo que la experiencia señalaba como problemas prioritarios y que eran tratados de manera parcial en los programas mencionados.

CUADRO 8

Chile: Beneficiarios del Programa Adulto Mayor, 2002 y 2003

Programa Adulto Mayor	2002 Número	2003 Número	% de variación
Lentes	58 550	59 462	1,6
Audífonos	4 921	4 845	-1,5
Bastones	5 542	3 987	-28,1
Sillas de ruedas	2 265	1 807	-20,2
Andadores	536	509	-5,0
Colchones antiescaras	1 382	1 123	-18,7
Cojines antiescaras	361	313	-13,3
Canasta Dental Tipo I	3 811	2 895	-24,0
Canasta Dental Tipo II	9 694	8 452	-12,8
Otras órtesis y prótesis	-	-	-
<i>Subtotal prótesis y órtesis</i>	<i>87 062</i>	<i>83 393</i>	<i>-4,2</i>
Cataratas	7 036	6 994	-0,6
Implantación de marcapasos	1 157	1 233	6,6
Endoprótesis total de cadera	711	654	-8,0
Endoprótesis parcial de cadera	730	757	3,7
Fractura de cuello de fémur, osteosíntesis	1 042	1 207	15,8
Fotocoagulación	1 865	1 969	5,6
<i>Subtotal catastróficas</i>	<i>12 541</i>	<i>12 814</i>	<i>2,2</i>
Enfermedad respiratoria aguda	1 677	1 677	0,0
<i>Total general</i>	<i>101 280</i>	<i>97 884</i>	<i>-3,4</i>
Gasto de cada año, en miles de pesos	9 852 961	10 759 008	9,20

Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA), Departamento de Comercialización, Subdepartamento de Intermediación.

IV

El Plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas)

1. Antecedentes

El Plan AUGE, el proyecto central de la reforma de la salud en Chile, fue plasmado en la ley 19.966, del 3 de septiembre de 2004 y entró en vigencia el 1° de julio del 2005. Este plan estableció garantías explícitas basadas en principios de eficiencia sanitaria (resolver los problemas de salud de mayor prevalencia), oportunidad (plazos máximos para la atención), calidad (estandarización de los procedimientos mediante protocolos) y equidad (financiera y de acceso).

Como se ha expresado en diversos estudios, los objetivos de salud deben ser compatibles con los recursos financieros de que se dispone; además, para es-

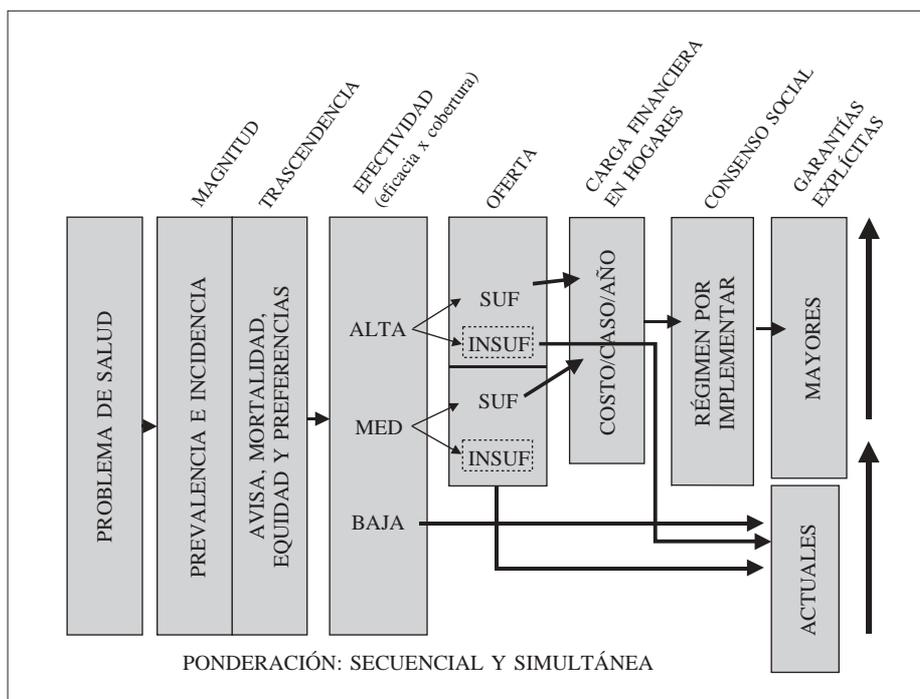
tablecerlos es preciso considerar factores de sustentabilidad, eficiencia, efectividad y equidad (BASYS/CEPS/CREDES/IGSS, 2004).

Con el fin de entregar un parámetro técnico dirigido a compatibilizar el Plan AUGE con los recursos disponibles, se desarrolló un modelo para priorizar los problemas de salud en el marco de este plan, con el fin de apoyar las decisiones de inclusión o exclusión y también orientar las decisiones sobre implementación.

El algoritmo de priorización (gráfico 2) usó criterios comúnmente aplicados para establecer prioridades en salud (Ministerio de Salud, 1999) y representa la lógica que se aplicó en el diseño general del Plan AUGE.

GRÁFICO 2

Chile: Algoritmo de priorización del AUGE



Fuente: Ministerio de Salud (2002b).

Considerando criterios de magnitud (número de casos, ajustados por la calidad del dato), trascendencia (años de vida perdidos, mortalidad, equidad y preferencia de los usuarios) y vulnerabilidad (existencia de intervención efectiva) se construyó una escala de puntajes para establecer las prioridades de salud.

De las secuencias y estructura del Plan AUGE se desprende que este tiene cuatro áreas prioritarias. La primera es la atención primaria en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que contempla un Modelo de Atención Integral Familiar, con las prestaciones y acciones incluidas en el Plan de Salud Familiar. Éste abarca prestaciones preventivas y curativas, entregadas por un equipo de salud familiar con un médico de cabecera; además, incorpora actividades de promoción individual, programas especiales como los de salud mental y salud cardiovascular, exámenes preventivos, programas de salud integral —del niño, el adolescente, la mujer y el adulto mayor—, controles de salud, consultas de morbilidad aguda, exámenes de diagnóstico, derivación a especialistas y otras actividades, como visitas domiciliarias.

La segunda es la atención de emergencias (urgencias). El Plan AUGE exige redefiniciones en todo lo que

conciene a las urgencias con el fin de asegurar una red asistencial a lo largo del país para proveer servicios adecuados de atención prehospitalaria, traslado, diagnóstico, estabilización y tratamiento de emergencias con riesgo vital y secuela funcional.

La tercera es la definición de los problemas prioritarios para las condiciones de salud, teniendo en cuenta su magnitud, carga de enfermedad, costo, brechas de equidad y expresiones de necesidad y de preferencia de las personas y la búsqueda de las prestaciones más efectivas para su resolución integral.

La cuarta es el relacionamiento de las patologías incluidas en el Plan AUGE con las demás a través del Plan de Salud de las Personas, que considera todos los problemas de salud que no están cubiertos por el régimen de atención garantizada.

El Plan AUGE describió las prestaciones y acciones consideradas necesarias y efectivas en un enfoque integral de salud, señalando la población beneficiaria del acceso universal, los tiempos máximos de espera, la calidad mediante procedimientos estandarizados basados en evidencia y el monto del copago y/o deducible que se consideraría aceptable en virtud del concepto de protección financiera.

También estableció algunas condiciones para el acceso y su relación con las garantías (por ejemplo, no se tendrá acceso a atención de urgencia en la red correspondiente para un problema de salud que no es calificado clínicamente como una emergencia; en este caso la atención deberá ser rechazada o se deberá cobrar el 100% de su costo). Así, señaló claramente las obligaciones, además de los beneficios garantizados y los derechos exigibles de las personas.

Adicionalmente, identificó tareas prioritarias que debían llevarse a cabo en los años 2002 y 2003,¹⁴ tanto para precisar las estimaciones de demanda como para desarrollar instrumentos técnicos —entre ellos los algoritmos de ejecución o protocolos de atención— y administrativos, como los sistemas de información y seguimiento.

2. Revisión de las prioridades de salud

Existía conciencia, desde antes de la aprobación del Plan AUGE, de que éste tendría que precisar la amplitud con que se cubriría cada patología (diagnóstico, tratamiento y seguimiento) y la calidad y plazo de la atención. Esa amplitud puede ser interpretada como una variable de ajuste para asegurar una relación exitosa entre la capacidad de la infraestructura existente, los recursos financieros disponibles y la demanda real en cada caso.

En la elaboración y revisión de las canastas de prestaciones se tomaron en cuenta las prestaciones necesarias y adecuadas para la resolución integral de la enfermedad o condición de salud y, además, las prestaciones actuales del FONASA con Pago Asociado a Diagnóstico (PAD). Para cada enfermedad se hizo una estimación de frecuencia de ocurrencia o casos esperados. Se recurrió a tasas nacionales de incidencia y prevalencia, cuando ellas existían y, en su defecto, a la opinión de expertos para adaptar tasas internacionales.

A partir de estas precisiones de la demanda, se aplicó un supuesto para determinar la demanda esperada (casos a atender en un año). Para las enfermedades graves de alto costo, como los cánceres y el trauma grave, se supuso que el 100% de los casos demandarían atención. También se supuso que entre 50% y 70% de las enfermedades crónicas, incluidos los casos con sintomatología más severa, generaría deman-

da de atención, y que este porcentaje aumentaría en el tiempo con la instalación o reforzamiento de programas de promoción y prevención.

Las tasas de prevalencia o incidencia del 35% de las enfermedades se calculó con información nacional. Respecto de otro 33% de las enfermedades, los expertos estimaron las necesidades y demanda esperada sobre la base de información nacional e internacional y para el 32% restante la demanda esperada se calculó a partir de proyecciones basadas en la demanda satisfecha en los últimos años.¹⁵ Esto deberá readecuarse, especialmente para conocer con certeza el efecto que ha tenido sobre la demanda la oferta con garantías explícitas de cobertura y precios marginales en virtud del Plan AUGE, que antes no existía.

Justamente las diferencias en la confiabilidad (cobertura) de la información inicial han sido importantes en las proyecciones posteriores. Por ejemplo, en el caso del VIH/sida, cuya proyección se estableció a partir de la demanda satisfecha en el sector público, la subvaloración resultante hizo que a mediados del 2004 se registrara carencia de medicamentos para esta patología.

3. Reglas que aseguran la calidad y oportunidad de las prestaciones en virtud del Plan AUGE

Puesto que se planteó la universalidad de acceso, la garantía en este campo consiste en disponer de cobertura para el 100% de la población. En cuanto a la calidad, desde una perspectiva técnica, se trata de identificar el conjunto de atributos con que las prestaciones de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados, incluida la mayor satisfacción del usuario, sobre la base del conocimiento vigente. Por su parte, la garantía de calidad también contempla los requisitos que deben cumplir los prestadores (establecimientos y personas naturales) para garantizar la calidad del servicio que presten.

Las medidas para mejorar la calidad de la atención son múltiples, como señala la estrategia nacional descrita en los Objetivos Sanitarios Nacionales: entre otras, el uso de metodología epidemiológica y sistemas de información para fortalecer la capacidad de diagnóstico e intervención, utilización de la medicina basada en evidencia, procedimientos estandarizados por la autoridad de salud y sistemas de acreditación.

¹⁴ Estas fueron readecuadas posteriormente, puesto que se introdujo el concepto de gradualidad en la implantación del Plan AUGE en su conjunto.

¹⁵ Para llegar a estas conclusiones se elaboraron fichas técnicas que contienen las fuentes de información y los supuestos usados para la estimación de las frecuencias.

Además, en la Construcción de la Propuesta Técnica del Régimen de Garantías en Salud Año Base (Ministerio de Salud, 2002b, Tomo I) se establecieron los siguientes criterios para determinar los tiempos de acceso a la atención para los distintos grupos de problemas:

- Percepción de urgencia o necesidad de las personas
- Problemas de salud cuya demora en la atención provocaría daños importantes
- Problemas de salud declarados prioritarios
- Actividades preventivas prioritarias

Sobre la base de lo anterior se definieron los siguientes tiempos de acceso:

Atención inmediata: Problemas urgentes de salud que, de no mediar atención inmediata, provoquen riesgo vital o secuelas graves e irreparables.

Atención dentro de 24 a 48 horas: Consulta de morbilidad aguda. Problemas de salud priorizados que, como estrategia de intervención, definen momentos específicos e impostergables para su atención preventiva o curativa (por ejemplo, atención del recién nacido, calendario de inmunizaciones).

Atención dentro de 7 a 30 días:

- Consulta de morbilidad no aguda
- Controles de terapia

- Consultas de patología crónica no reagudizada
- Consulta a especialista y acceso a procedimientos diagnósticos
- Evaluación de estudios clínicos
- Inicio de tratamiento cuando la espera no daña el resultado.

Atención según tiempo de resolución necesario y factible para cada problema de salud medido en:

- Tiempo de espera máximo posible que no agrave síntomas ni origine complicaciones o secuelas. (Ejemplo: uno a tres meses en cirugía electiva de patología no grave actualmente incluida en el programa de oportunidad de la atención (POA): colelitiasis e hiperplasia de la próstata).
- Tiempo de espera máximo que permita que la terapia sea efectiva (cardiología, corrección de malformaciones, hernia de núcleo pulposo, terapia antirretroviral para VIH/sida), según gravedad.
- Tiempo de espera máximo que no afecte el cumplimiento del objetivo en acciones preventivas. (Ejemplo: periodicidad del examen de salud preventivo del adulto).
- Tiempo de espera que no afecte el desarrollo y funcionalidad de las personas en el caso de apoyo a facultades sensoriales fundamentales. (Ejemplo: lentes, audífonos, cirugía de cataratas).

V

Equidad financiera, oferta del sector público y modalidades de pago

Una vez definidas las necesidades de salud, es preciso examinar otro aspecto relevante: la capacidad real de oferta de los servicios de salud del sector público en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), con los recursos financieros disponibles. Como los costos unitarios de la MAI son inferiores a los de la Modalidad de Libre Elección (MLE), podría procurarse desincentivar el uso de esta última, pero no parece conveniente trasladar la demanda a establecimientos públicos altamente congestionados. La Comisión de Reforma recomendó estudiar alternativas de gestión para la MLE que estimulen una mayor eficiencia e impacto sanitario, como pagos per cápita a prestadores privados con población a cargo, o pagos por patología resuelta, y establecer la obligación de los afiliados de optar anualmente por una u otra modalidad.

Un debate de largo alcance —aún no resuelto— rodea la definición de las modalidades de pago más convenientes. En efecto, diversos estudios han abordado el tema de métodos de pago que sean óptimos para las atenciones del Plan AUGE en el sistema público de salud y que, además, sean coherentes con la política de salud y neutralicen posibles distorsiones en los incentivos.

Los cambios en la atención primaria (Bitrán, Giedion y Gómez, 2004) han sido más rápidos, profundos y efectivos que en la atención hospitalaria, lo que aconseja realizar pagos por prestaciones o por grupos de ellas. En cambio, no pareciera ser eficaz el método de pago histórico, basado en las inercias de gastos anteriores no referidos a una población concreta ni a prestaciones preestablecidas, pese a que aún se le aplica al 60% del presupuesto del Ministerio de Salud.

Las propuestas más frecuentes apuntan a: i) la adopción de mecanismos de pago que asocien el pago con producción o resultados; ii) la implantación de mecanismos que permitan al FONASA hacer exigibles dichos resultados, y iii) la definición explícita de las partidas de gasto para los proveedores públicos a los cuales, por su condición política,¹⁶ técnica, legal o de factibilidad se les deberá pagar mediante un presupuesto diferenciado, o por sobre los niveles de precio definidos.

Ahora bien, también en la literatura especializada se concluye que la eficiencia de los métodos de pago varía según el nivel o grado de complejidad de las patologías a las cuales se aplica. Por lo tanto, hay una mayor inclinación a mantener el pago per cápita para la atención primaria, incorporando progresivamente a este método todas las prestaciones que actualmente se pagan por medio de programas especiales y sobre las cuales existe información suficiente, tanto epidemiológica como financiera, para hacer este traspaso. Dicho de otro modo, respecto a la atención de las patologías que plantean menos incertidumbres, ya sea por la reglamentación de actividades rutinarias para darles solución o por su menor complejidad, pareciera ser fácil implementar el sistema de pago per cápita. No obstante, se puede mantener al mismo tiempo el pago a través de programas especiales para prestaciones de carácter excepcional.

Por otra parte, como producto de la experiencia, en Chile se fueron agrupando en el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) programas de distinta índole destinados a reducir gradualmente la proporción del gasto público en salud que se asigna con criterios históricos. Esta agrupación de programas permitía seleccionar las modalidades de financiamiento adecuadas a cada situación. La asociación de pagos a prestaciones concretas (como en los PAD) resulta atractiva por ser fácilmente cuantificable, pero ha recibido críticas de gestores de los servicios públicos porque, en general, no considera los costos fijos asociados a la disponibilidad de infraestructura, equipos y mantenimiento para dar la atención cuando sea requerida.

Lo más significativo es que, en definitiva, no existe un único método de pago óptimo en todas las circunstancias y, por ende, no existe un “libro de cocina” que permita copiar recetas aplicadas en otros contextos. La necesidad de lograr un buen desempeño

en diferentes ámbitos (eficiencia, calidad, equidad) está llevando a muchos países a combinar varios métodos de pago con el fin de potenciar los aspectos favorables de cada uno y mitigar sus efectos adversos.

1. Los copagos

Las garantías de atención de salud tienen relación con un correcto uso de los fondos disponibles, de modo que los copagos constituyen una fuente de ingresos para los servicios o el asegurador públicos y constituyen un tema central en la reforma. La eficacia del sistema de copagos para recaudar más fondos depende de la disposición de los individuos a pagar para obtener servicios de mejor calidad. Esto supone que al menos una parte de los recursos así recaudados se destinan a mejorar la calidad de la atención, por ejemplo, aumentando la disponibilidad de medicamentos. En todo caso, los copagos deben ser lo suficientemente bajos para no afectar el acceso a la atención, pero sí reducir la utilización innecesaria de servicios médicos.

La mayor parte de los estudios empíricos para medir elasticidad-precio de la demanda por atención de salud han encontrado que la demanda efectivamente se reduce ante un alza de precios, pero moderadamente (elasticidad-precio menor que uno). Esto implica que un alza de los copagos permite movilizar recursos privados pero tiene un efecto limitado en la flexibilidad para reasignar subsidios públicos, puesto que la utilización por las personas que pagan varía muy moderadamente.

Un estudio sobre Perú (Valdivia, 2002) indica que “las elasticidades-precio de la demanda por los servicios de salud en establecimientos públicos serían mayores entre los de mayor nivel socioeconómico. En tal sentido, una política que eleve las tarifas que se cobran a los individuos de mayores recursos en los establecimientos públicos llevaría a un desplazamiento de esa demanda hacia las alternativas privadas, y no a que los establecimientos de salud recuperen parte de sus costos”.

Como ya se vio, antes de que se aprobaran las leyes de la reforma ya había varios grupos exonerados del copago: los usuarios de la atención primaria, los adultos mayores y las personas afectadas por enfermedades catastróficas. Sin embargo, para evitar abusos de las prestaciones (riesgo moral) es de común aceptación establecer copagos. En consecuencia, se ha establecido copagos máximos de 10% y 20% para las prestaciones a los sectores de mayores ingresos afiliados a FONASA, y de 20% para las prestaciones incluidas en el Plan AUGE otorgadas por las Isapres. Siguiendo la

¹⁶ Se refiere a prioridades geográficas que son decididas por la autoridad política.

lógica impulsada por el Ejecutivo, la protección financiera contemplada para los problemas de salud cubiertos por el Plan AUGE deberá mantener y/o incrementar los beneficios, toda vez que la selección de los problemas obedece al criterio de cubrir la mayor carga de enfermedad de las personas.

Pero también en la protección financiera se debe considerar los efectos acumulativos que puede ocasionar el tratamiento simultáneo de varios problemas en una enfermedad o de varias personas del mismo grupo familiar. Aunque la fijación de copagos máximos hace que para la mayoría de las prestaciones estos sean bajos, la sumatoria podría resultar elevada, causando un grave perjuicio económico. Para evitar lo anterior, se estableció un límite máximo anual, equivalente a una proporción de los ingresos anuales del usuario, con lo cual quienes perciben mayores ingresos aportan un monto absoluto mayor.

Ahora bien, el texto legal aprobado asegura que los indigentes y los carentes de recursos (grupos A y B entre los beneficiarios de FONASA) serán atendidos gratuitamente. Todas las demás personas (afiliadas a Isapres o a FONASA) solo contribuirán hasta con un 20%

al pago de las prestaciones, según el arancel que se establezca para las patologías cubiertas por las garantías explícitas. Como dicho porcentaje puede resultar excesivo en el caso de enfermedades de alto costo, se tendrá derecho al financiamiento del 100% de los copagos superiores a alrededor de dos remuneraciones mensuales y, en el caso de los afiliados al grupo C de FONASA, superiores a alrededor de 1,47 remuneraciones mensuales. Si existe más de una enfermedad, no se pagará anualmente más de cerca de tres sueldos mensuales.

Con todos los antecedentes anteriores se decidió implantar el Plan AUGE gradualmente, de modo que desde julio de 2005 está garantizada la atención de 25 problemas de salud (cuadro 9). En los años posteriores se irán incorporando otros 32, hasta completar los 57 problemas identificados de partida en dicho plan.

2. Los fondos de compensación de riesgos

Un elemento decisivo en el marco de la equidad es la constitución de fondos de compensación de riesgos. En Chile se estableció el denominado Fondo de Compensación Solidario (FCS) al que deben contribuir

CUADRO 9

Chile: Plan AUGE, cobertura en el 2005

N°	Problema de salud	Grupo de edad
1	Insuficiencia renal crónica terminal	Todos
2	Cardiopatías congénitas operables	< 15 años
3	Cáncer cervicouterino	Todos
4	Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	Todos
5	Infarto agudo del miocardio	Todos
6	Diabetes mellitus tipo 1	Todos
7	Diabetes mellitus tipo 2	Todos
8	Cáncer de mama	> 15 años
9	Disrafias espinales	Todos
10	Tratamiento quirúrgico de escoliosis	< 25 años
11	Tratamiento quirúrgico de cataratas	Todos
12	Endoprótesis total de cadera en personas con artrosis de cadera con limitación funcional severa	> 65 años
13	Fisura labiopalatina	Todos
14	Cáncer	< 15 años
15	Esquizofrenia	Todos
16	Cáncer de testículo	> 15 años
17	Linfomas	> 15 años
18	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/sida	Todos
19	Infección respiratoria aguda (IRA) baja, de manejo ambulatorio	< 5 años
20	Neumonía adquirida en la comunidad, de manejo ambulatorio	> 65 años
21	Hipertensión arterial primaria o esencial	> 15 años
22	Epilepsia no refractaria	< 15 años
23	Salud oral integral para niños	< 6 años
24	Trastornos de generación del impulso y conducción que requieren marcapasos	> 15 años
25	Prematurez. Prevención del parto prematuro. Retinopatía del prematuro. Displasia broncopulmonar del prematuro. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro	< 1 mes

Fuente: Elaboración propia.

los aseguradores (FONASA e Isapres) con una prima universal por cada cotizante y por cada uno de sus respectivos dependientes. Los aportes que corresponden a los beneficiarios con categoría de indigentes son financiados por un aporte fiscal directo.

El principal objetivo del FCS es reducir los incentivos para recurrir al “descreme”,¹⁷ que atenta contra la solidaridad en la salud y que las aseguradoras privadas utilizan con el objetivo de minimizar los costos. En este sentido, el FCS debiera operar como un sistema de “aplanamiento de costos”, para que el hecho de cubrir o no a los grupos de mayor riesgo resulte indiferente, desde el punto de vista financiero, para dichas aseguradoras. Lo que se busca es que los ingresos reales de las aseguradoras, después de la redistribución de recursos por riesgo, sean iguales con independencia de la ponderación del riesgo.

Para este efecto se debe calcular una prima universal que se ajusta por los ponderadores de riesgo, los cua-

les pueden ser múltiples, aunque comúnmente incluyen al menos sexo y edad. Si la prima universal fuese superior al aporte de un cotizante (el caso de los indigentes), la diferencia sería cubierta con aporte fiscal.

El fondo de compensación discutido en Chile —y que no llegó a aprobarse— es virtual, es decir, opera mediante transferencias de saldos y no del aporte que haga cada operador en el año en que se espera que esté funcionando la totalidad del Plan. Si bien hay diferentes maneras de construir este tipo de fondos, el método que se aplicó en Chile fue el de determinar ante todo un valor para los riesgos medios de salud de la población. Las personas con mayor riesgo —y por lo tanto más costosas— serán receptoras de recursos aportados por las de menores riesgos, lo cual implica transferencias de fondos desde los aseguradores con afiliados menos riesgosos hacia aquellos con beneficiarios más vulnerables. En este caso, son las entidades aseguradoras, no las personas, las que reciben los fondos.

VI

Conclusiones

Al momento de escribir este artículo era prematuro evaluar el Plan AUGE y las modificaciones que se le están introduciendo para adecuar las acciones a la realidad, pero será necesario que ese seguimiento se haga y sea presentado a la comunidad científica y académica y al público en general.

Todo parece indicar que no hay una solución institucional única, un solo modelo “victorioso” que resuelva en todos los casos los desafíos actuales en relación con la salud. Aquí se ha descrito el sentido fundamental de programas parciales existentes en el sector público chileno que mejoraron el acceso a servicios de salud de quienes no poseían los recursos necesarios, ya que fueron expresamente focalizados en esos grupos. Más aún, tales planes han sido imprescindibles para la acumulación de una experiencia que permita llevar adelante un plan de la envergadura del Plan AUGE en Chile.

Por su parte, el Plan AUGE hace universal y exigible la atención de 56 patologías cuya incorporación gradual ya se inició y se irá completando hasta el año 2007 en el sistema público y privado de salud. Esta exigibilidad con acceso universal, oportunidad, criterios de calidad y protección financiera es el salto cualitativo en equidad que ha dado la salud en Chile.

Además, debido al bajo nivel del gasto público en salud en el decenio de 1980, lo que ha contribuido a que aún hoy ese gasto alcance en promedio a solo 139 dólares anuales por habitante, el aporte fiscal directo ha tenido que actuar en los últimos años como elemento de compensación. Dicho aporte fiscal reduce la inequidad inicial del seguro público y de los seguros privados de una relación de 1:4 a una relación de aproximadamente 3:4.

¹⁷ Véase la nota 4.

Bibliografía

- Angulo, J. y R. Urriola (2004): *Estimaciones del impacto financiero de reducir los pagos por cotizaciones de pensionados adultos mayores de bajos ingresos*, Documento de trabajo, Santiago de Chile, Subdepartamento de Estudios, Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- BASYS/CEPS/CREDES/IGSS (Beratungsgesellschaft für Angewandte Systemforschung mbh/Centro de Estudios de Política de Europa/Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé/Inspection Générale de la Sécurité Sociale) (2004): *Defining a Minimum Data Set and Related Indicators for Use with the System of Health Accounts in the European Union*, marzo, borrador.
- Bitrán, R., U. Giedion y P. Gómez (2004): *Métodos de pago para el Plan AUGE y para las demás atenciones financiadas por el sistema público de salud en Chile*, documento de trabajo, Santiago de Chile, Ministerio de Salud (Minsal), agosto.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2002): *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas. Síntesis y conclusiones*, LC/G.2170 (SES.29/16), Santiago de Chile.
- Comisión de Reforma (2003): *Objetivos sanitarios para la década 2000-2010*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
- FONASA (Fondo Nacional de Salud) (2004a): *Boletín estadístico*, Santiago de Chile.
- _____ (2004b): Informe de evaluación de gestión del Programa de Préstamos Médicos, Santiago de Chile, Departamento de Finanzas.
- IMS (International Market Statistics) (2004): Presentación "Farmacias 2004 (Chile)".
- IMS Health (s/f): Presentación "El mercado farmacéutico chileno desde los años 70".
- Ipinza, M. (2004): *Cómo solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados*, Cuadernos médico sociales, vol. 43, N° 2, Santiago de Chile, Colegio Médico.
- Jarpa, C. (2005): *De las prestaciones complejas al seguro catastrófico*, Documento de trabajo, Santiago de Chile, Fondo Nacional de Salud (FONASA), versión preliminar.
- López Casanovas, G. (2004): *Gasto sanitario en España: análisis de los determinantes del nivel del gasto sanitario en España y en el conjunto de los países de la OCDE*, en J. Puig, G. López Casanovas y V. Ortún (comps.), *¿Más recursos para la salud?*, Barcelona, Masson.
- Mahieu, R. (2000): *Les déterminants des dépenses de santé: une approche macroéconomique*, París, Instituto Nacional de Estadística y Estudios Económicos (INSEE).
- Ministerio de Salud (1999): *Prioridades de salud*, Santiago de Chile, Departamento de Epidemiología.
- _____ (2002a): *Evaluación Programa de Mejoramiento de la Atención en el Nivel Primario de Salud 2000-2001*, Santiago de Chile, División de Atención Primaria, Departamento de Gestión.
- _____ (2002b): *Sistema de acceso universal con garantías explícitas (AUGE): construcción de la propuesta técnica del régimen de garantías en salud Año Base*, Edición Final, Santiago de Chile, Secretaría Ejecutiva de la Reforma, noviembre.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2004): *Informe sobre la salud en el mundo*, Ginebra.
- Sapelli, C. y A. Torche (1997): *¿FONASA para pobres, Isapre para ricos? Un estudio de los determinantes de la elección entre seguro público y privado*, Documento de trabajo, N° 183, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Sapelli, C. y B. Vial (2001): *Self Selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance*. Documento de trabajo, N° 195, Santiago de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Titelman, D. (1999): *Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile*, *Revista de la CEPAL*, N° 69, LC/G. 2067-P, Santiago de Chile.
- Titelman, D. y A. Uthoff (comps.) (2000): *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*, Santiago de Chile, Fondo de Cultura Económica (FCE)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Urriola, R. (2004): *Cuentas de salud de Chile*, Santiago de Chile, Fondo Nacional de Salud (FONASA).
- Valdivia, M. (2002): *Sensibilidad de la demanda por servicios de salud ante un sistema de tarifas en el Perú: precio vs. calidad*, Lima, Grupo de Análisis para el Desarrollo.
- Van Doorslaer, E. y C. Masseria (2004): *Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, OECD Health Working Paper, N° 14, París.