



Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera

Departamento de Estudios y Desarrollo

Febrero de 2006

En el marco de la Reforma de Salud en Chile, y en cumplimiento con el mandato otorgado por el nuevo marco legal, la Superintendencia de Salud ha iniciado la implementación del Monitoreo y Seguimiento de la Reforma. En este contexto, el Departamento de Estudios y Desarrollo de esta Superintendencia, ha comenzado el desarrollo de los instrumentos necesarios para cumplir dicha función.

En esta etapa se ha propuesto desarrollar líneas basales e indicadores trazadores, en relación a cada uno de los grandes objetivos planteados en la Reforma; esto, tanto para el monitoreo y seguimiento de los componentes de la Reforma como en relación al proceso de reforma en sí.

El presente documento es parte del desarrollo del Monitoreo y Seguimiento de los contenidos de la Reforma de Salud, y se refiere, en particular, al ámbito de la equidad en el financiamiento de la salud y la protección financiera frente a los eventos de enfermedad.

1. Antecedentes Generales

Chile es un país que goza de muy buenos indicadores generales del estado de salud de la población dentro de latino América.

Siguiendo en el avance del bienestar de la población, y en particular respecto a las desigualdades existentes, se han propuesto cambios sustantivos a través de la Reforma del Sistema de Salud, más acorde con los cambios demográficos y epidemiológicos y las necesidades de salud cambiantes de la población, como también, frente a los problemas y deficiencias del sistema, y las inequidades evidenciadas.

Es por lo anterior, que el principio fundamental de la Reforma de salud, se refiere a la mejoría del estado de salud de la población, sus determinantes y desigualdades.

Con esta meta fundamental, y en base a los grandes objetivos planteados por la Reforma, se han definido estrategias y acciones, materializadas en las cinco leyes que han sido promulgadas entre los años 2003 y 2005.

Las reformas de salud son procesos y el monitoreo, seguimiento y evaluación de éstas constituye una de las etapas del proceso, la que tiene por propósito conocer hasta qué punto las estrategias y acciones impulsadas, están efectivamente contribuyendo al logro de los objetivos planteados, y al principio fundamental de mejorar el estado de salud de toda la

Camilo Cid, Alberto Muñoz, Ximena Riesco, Eduardo Salazar, Roberto Tegtmeier, Manuel Inostroza.
Departamento de Estudios y Desarrollo

población. Es importante que el diseño de las herramientas de seguimiento, se desarrolle lo más precozmente posible dentro del proceso.

En este marco de Reforma de salud en Chile, y en cumplimiento con el mandato otorgado en la nueva legislatura, la Superintendencia de Salud, a través de su Departamento de Estudios y Desarrollo, se ha dado a la tarea de desarrollar las herramientas necesarias para el Monitoreo y Seguimiento.

1.1 Monitoreo y Seguimiento de la Reforma de Salud

El diseño teórico-metodológico para el monitoreo y seguimiento de la Reforma pretende abordar, por una parte, los contenidos planteados por la reforma, y por otra parte, el proceso de Reforma en sí, éste último con énfasis en la fase de implementación de los cambios.

Para el cumplimiento de dichos objetivos, se ha propuesto en primer lugar la elaboración de líneas basales de la situación actual respecto de los grandes objetivos planteados por la Reforma, y contra los cuáles comparar en el tiempo. En esto, los ámbitos a abordar incluyen, las desigualdades en el estado de salud de la población y sus determinantes; la equidad en el financiamiento de la salud, el acceso y la calidad de los servicios de atención de salud; el nivel y mecanismos de solidaridad del sistema, la eficiencia y eficacia en la asignación y utilización de los recursos, así como, la gestión de los componentes del sistema en sus ámbitos público, privado y mixto; el nivel de contención de costos y sustentabilidad del sistema en su conjunto y de cada uno de sus componentes.

También es importante abordar los temas de participación, de rendición de cuentas y satisfacción de las expectativas de la población. Sin embargo, cabe aclarar, que la Superintendencia no se ha propuesto abordar todos los ámbitos de la Reforma al mismo nivel de profundidad, sino una selección de algunos de los ejes más importantes de ella, analizando sólo algunos aspectos descriptivos acerca del resto de los ámbitos.

Una segunda etapa dentro del diseño metodológico, se relaciona con la selección de indicadores para el Monitoreo y Seguimiento de las estrategias y acciones impulsadas por la Reforma, incluyendo potenciales problemas y fallas corregibles, que puedan preverse, basándose en las experiencias internacionales comparables al modelo de salud en desarrollo en Chile.

El presente documento constituye la primera de las líneas base elaboradas, y se refiere específicamente a la equidad en el financiamiento de la salud y la protección financiera frente a los eventos de enfermedad.

1.2 Equidad en Salud

La equidad en salud ha sido definida como uno de los objetivos principales de la Reforma, siendo en sí un concepto controversial. La equidad aborda diferentes niveles y se relaciona, por una parte, con el estado de salud de los individuos y por otra, con la satisfacción de las necesidades de atención de salud surgidas del proceso salud-enfermedad colectivo, es decir, al sistema de salud.

Dicho lo anterior, se propone la conceptualización y la operacionalización de la equidad en base a definiciones generalmente aceptadas dejando fuera la discusión en el nivel ideológico, al menos, no respecto de las teorías de justicia social y el marco normativo global.

Para efectos del presente estudio se trabajará en base a la definición de equidad desarrollada por M. Whitehead¹,

Whitehead define equidad respecto del estado o nivel de salud de las poblaciones, como *“Una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial de salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse”*²

Aquí, es importante destacar que en la obtención de esta igualdad de posibilidades, el rol que juegan los sistemas de salud, es sólo uno de los determinantes que influyen en el proceso salud-enfermedad, siendo el resto de los determinantes sociales de la salud de mucho mayor peso en el estado global de salud de las poblaciones.

Por otra parte, el principio de equidad en el ámbito de la satisfacción de las necesidades de salud de la población, a través de los sistemas de salud, Whitehead define equidad en la atención de salud como *“El igual acceso frente a la igual necesidad, igual utilización para igual necesidad e igual calidad de atención para todos”*.

En este ámbito, la equidad en la satisfacción de las necesidades de salud, se relaciona con los sistemas de salud en su conjunto, y sus componentes, siendo importante diferenciar la equidad respecto del financiamiento de los servicios, de la equidad en la provisión de estos, y a su vez, los conceptos de equidad horizontal y vertical en cada uno.

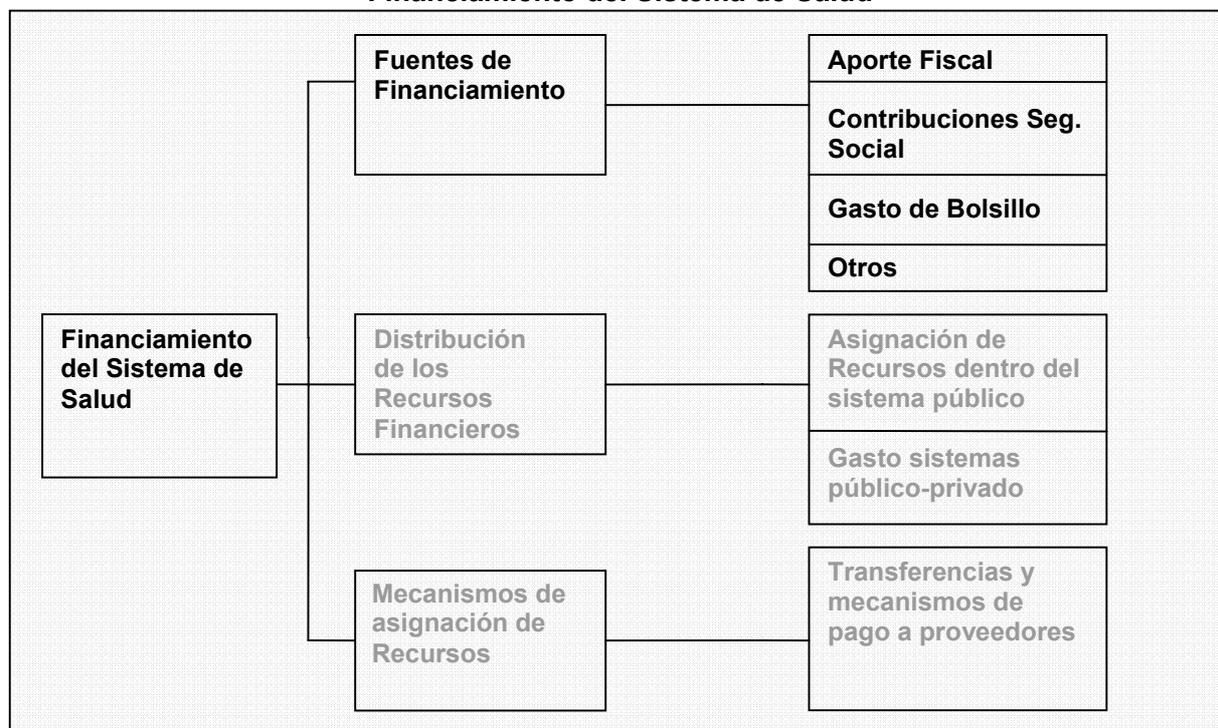
1.3 Financiamiento de la Salud y Equidad en el Financiamiento

El financiamiento de los sistemas de salud, se compone de al menos 3 niveles: las fuentes de aporte y recursos totales del sistema de salud; la distribución o macro asignación de los recursos disponibles dentro del sistema; y la micro asignación de recursos, o transferencia y mecanismos de pago a los proveedores de los servicios. A su vez cada uno de los niveles del financiamiento tiene diferentes componentes, acorde a las características de los distintos tipos de sistemas de salud, como se representa en la figura siguiente:

¹ Whitehead M (1991)“Los Conceptos y Principios de la Equidad en Salud”, traducción directa del original en inglés, OMS – OPS, Serie Reprints #9, Washington, DC,1991.

² Social Justice and Equity in Health: Report on a WHO Meeting. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1986.

Figura 1
Financiamiento del Sistema de Salud



Fuente: Elaborado por los Autores.

En este marco, la equidad en el financiamiento debe ser evaluada de acuerdo a sus fuentes de origen, distribución y gasto y respecto del gasto directo de los individuos o gasto de bolsillo.

En este documento se presenta la situación basal general respecto de la equidad en el financiamiento del sistema, y se desarrolla en mayor profundidad la línea basal para el gasto de bolsillo, contenido dentro del concepto de protección financiera y asociado a la garantía de ese mismo nombre.

2. Introducción

Tanto la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2000), como otros organismos internacionales (OIT, 2003, BM, 2005), han establecido una serie de normas que los sistemas de salud debieran cumplir para asegurar la equidad financiera y el acceso a la salud. En ello es básico que las políticas de protección financiera en salud permitan impactar, en última instancia, en el bienestar de los hogares, de manera que los hagan menos pobres o menos vulnerables a caer en pobreza.

Este es el enfoque principal, que interesa medir, ante una reforma que plantea como una garantía el tema de disminución del impacto de los eventos catastróficos sobre el bienestar de las familias. Esto a la vez, retroalimenta un enfoque de determinantes de salud, que plantea que se debe actuar sobre el contexto y las condiciones que inciden en la salud, como lo es la pobreza, para poder obtener cambios sustantivos en el nivel de salud de la población. De esta forma la protección financiera efectiva puede generar un círculo virtuoso para el desarrollo de las posibilidades de los hogares.

Visto como fuente de financiamiento del sistema de salud, el gasto de bolsillo no sólo es regresivo por definición y por lo tanto, inequitativo, sino que también puede ser una fuente de ineficiencia como factor de financiamiento del sistema y puede representar una pérdida de recursos para la sociedad. En efecto, cuando el financiamiento vía gasto de bolsillo es muy alto y arroja importantes beneficios para los sistemas de aseguramiento y/o provisión de salud, será más rentable aumentar los co-pagos que mejorar la eficiencia en la producción de atención de salud. Las organizaciones encargadas de proveer salud preferirán invertir sus recursos disponibles en mejorar la selección de individuos con capacidad de pago y no en reducir costos, y por lo tanto, no invertirán en mejorar la eficiencia.

2.1 Definición de la Garantía de Protección Financiera

Las garantías pretenden favorecer y mejorar el acceso a salud de la población y disminuir las brechas de equidad. En particular las garantías de protección financiera pretenden aliviar la carga económica para las familias de enfrentarse a problemas de salud.

De esta forma se define la garantía de protección financiera como la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado por el arancel de referencia del Régimen³. Es decir, el co-pago es fijo y conocido de antemano por el beneficiario. Además se establece una cobertura financiera adicional que limita el gasto total de una familia en dichos problemas de salud. La idea es que estas medidas impacten en el ingreso disponible de los hogares y disminuyan los gastos en salud, en particular, de los segmentos de población con menores ingresos.

2.2 Otras Definiciones en Torno a la Protección Financiera

Como parte integrante de la Reforma, en los objetivos sanitarios para la década 2000 - 2010, definidos por el Ministerio de Salud, está incorporada la justicia financiera, en el sentido que el Estado debe procurar que todas las personas tengan acceso a la atención de salud y que la situación económica de las familias no constituya un obstáculo para ello, sobre todo cuando se ve enfrentada a prestaciones de alto costo. Por ello se plantea objetivos y metas como *“Reducir la proporción de ingresos disponibles de los hogares que se destinan a gasto de bolsillo o pago directo de salud”* y *“Alcanzar mayor progresividad en el financiamiento de la salud”*⁴

Así, el objetivo en el mediano y largo plazo, es monitorear el impacto financiero de la Reforma en las familias chilenas⁵. En particular interesa medir el impacto, que las garantías financieras del Régimen de Garantías en Salud y las políticas regulatorias que acompañan la Reforma, puedan tener en el ingreso disponible de los hogares, para lo cual se necesita establecer un diagnóstico inicial pre-reforma.

En lo que sigue del documento, en el punto 3 se señalan los objetivos del estudio, en el punto 4 las metodologías utilizadas, que como se verá dependen en gran medida de la información

³ Ley 19.966 del Régimen General de Garantías en Salud

⁴ MINSAL (2002). “Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010”

⁵ No obstante lo anterior, no existen mediciones específicas y completas del impacto financiero de los gastos en salud sobre las familias con los registros existentes en el sector, sólo estimaciones que recurren a la encuesta Casen y algunas otras encuestas específicas planificadas con objetivos diversos, pero no directamente relacionadas con el impacto financiero de los problemas de salud en los hogares. En este trabajo se utilizan los registros disponibles en el sector y la encuesta de Presupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadísticas 1996-1997 para realizar las estimaciones.

disponible. El punto 5 entrega una descripción general del financiamiento del sistema de salud en Chile y la distribución de ingresos y gastos entre el sistema público y el privado.

En el punto 6 se analiza la equidad del financiamiento, específicamente en lo referido a gasto de bolsillo, a través de un análisis agregado de las cuentas nacionales de salud, del estudio de los co-pagos, en particular en los seguros provisionales de salud públicos y privado y, en el punto 7 se estudia el impacto del gasto de bolsillo en salud en el ingreso de los hogares. En el punto 8 se presentan las conclusiones del estudio.

3. Objetivos del Estudio

Medir la situación actual de equidad en el financiamiento y protección financiera en salud, para establecer una línea de base previa a la implementación de la Reforma, estimando el gasto de bolsillo en salud que realizan los beneficiarios del sistema. Todo en el contexto del sistema de financiamiento de la salud existente en Chile y sus inequidades.

Establecer una metodología, indicadores y resultados observables periódica y sistemáticamente de la situación de la protección financiera en salud.

4. Métodos

El análisis está compuesto por tres tipos de métodos que dependen, fundamentalmente, del tipo de información disponible:

4.1 Análisis Agregado de Equidad en el Financiamiento y del Gasto de Bolsillo en Salud:

Los datos agregados de ingresos y gastos del sistema público y privado de salud, permiten hacer una apreciación general de los aspectos distributivos del financiamiento.

Por otra parte, con datos agregados y cálculos de cuentas nacionales de Fonasa e Isapre, se hace un análisis que consiste en una descripción de los ingresos y los gastos en salud. Se trata de establecer distintos indicadores de gasto del bolsillo respecto del financiamiento general del sistema de salud.

4.2 Análisis de Co-pagos

a) Descripción de Co-pagos por Eventos: Observados y Esperados

Se analizan los co-pagos por prestaciones, para el sector privado y para el sector público. Los datos utilizados son los registros de morbilidad de la Superintendencia de salud y los egresos hospitalarios del Minsal. Consiste en un análisis de co-pago por prestación, o por caso, en el sistema isapre (nivel ambulatorio y hospitalario) y en Fonasa (nivel hospitalario solamente), además de un análisis de co-pagos esperados por sexo y edad de los beneficiarios en el sistema isapre y Fonasa (sólo nivel hospitalario).

b) Estimación de Equidad del Gasto en Co-pagos de Beneficiarios Isapres con Registros Existentes

Existen cerca de 85.000 RUT de atenciones hospitalarias de afiliados al sistema isapre, en la base de egresos hospitalarios del año 2002, los que representan cerca del 40% de los casos. De estas personas es posible conocer su ingreso, y número de cargas, a la vez que el sexo y edad. Esta caracterización representa una proxy del grupo familiar.

Se hace un proceso de búsqueda de los Rut de beneficiarios isapre en egresos hospitalarios 2002 y sus coincidencias con las bases de cotizantes y cargas de la Superintendencia de Salud, a fin de identificar a los pacientes atendidos durante ese año entre cotizantes y cargas. Haciendo este cruce de información se puede conocer el ingreso del cotizante asociado al egreso, su cotización, su plan de salud y sus cargas. Luego el método consiste en establecer una muestra en base a algunas prestaciones trazadoras a nivel hospitalario por sexo y edad y cruzar el nivel de co-pagos con los ingresos de los cotizantes. Para estimar los montos co-pagados, se identifican la prestación, apoyados en las bases de datos existentes de la Superintendencia de Salud y se asume al co-pago observado promedio para cada problema de salud.

4.3 Análisis de la equidad del gasto de bolsillo de los hogares en salud con Encuesta de Presupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 1996-97:

Este componente del estudio, entrega una estimación del impacto de los gastos de bolsillo en salud, sobre los hogares, pertenecientes a cualquier sistema de aseguramiento, dadas sus características socioeconómicas.

Con metodologías usadas habitualmente, esta parte del análisis da cuenta del estado del arte de estudios sobre gastos de bolsillo basados en encuestas para Chile y se avanza en la aplicación de otras metodologías, sobre los mismos datos, presentes en la literatura como el instrumental basado en curvas de Lorenz y coeficientes de Gini (Wagstaff y van Doorsler, 1992, 1996, 2000) en el tema de financiamiento de la salud, incluyendo al sector público, privado y sin aseguramiento, para medir la equidad del gasto en salud de los hogares.⁶

5. Equidad en el Financiamiento de la Salud en Chile

5.1 Ingresos y Gastos del Sistema de Salud

Los ingresos del sector público de salud se componen con aporte fiscal en poco mas de la mitad (51%), y aporte directo de los beneficiarios a través de cotización obligatoria del 7% (35%), co pagos y otros ingresos operacionales.

Cuadro 1
Ingresos del Sector Público de Salud, 2003.

Fuentes	MM\$ Dic.2005	Porcentaje
Gasto Fiscal Salud	812.587	51,4%
Cotizaciones	551.374	34,9%
Ingresos de Operación	100.449	6,4%
Co-Pagos	115.421	7,3%
Gasto Salud Total	1.579.831	100%

Fuente: Elaborado con datos Anuario Estadístico FONASA, 2003

⁶ Es importante tener presente algunas de las limitaciones de la información disponible para cada uno de los puntos señalados. Sobre las cuentas nacionales existentes, ésta tiene limitaciones asociadas a que los cálculos de gasto de bolsillo, por lo general, se realizan por diferencias con los otros tipos de financiamiento. Respecto al análisis de la equidad del gasto de los hogares en salud, la mayoría de las encuestas de hogares no contienen gastos en salud, la excepción es la del INE 1997 la que se utiliza en este trabajo. Hay que tener presente que las bases de prestaciones y egresos consisten en casos y no en personas (con excepción de una parte importante de los egresos Minsal, 2002), por lo que no se pueden identificar los cotizantes y las cargas y asociar las cargas a los cotizantes para saber el gasto efectivo de un cotizante-hogar, excepto a través de estimaciones como la que se realiza en este trabajo, cuyo alcance es limitado.

A su vez, los gastos se ejecutan en gran parte en la modalidad institucional (61%) y en mucho menor medida en la modalidad libre elección (16%) a la que pueden acceder los cotizantes del FONASA.

Cuadro 2
Gastos del Sector Público de Salud, 2003

Gasto	MM\$ Dic.2005	Porcentaje
MODALIDAD INSTITUCIONAL	965.754	61,1%
MODALIDAD LIBRE ELECCIÓN	253.851	16,1%
GASTO ADMINISTRACIÓN	22.602	1,4%
SUBSIDIOS DE INCAPACIDAD LABORAL	98.637	6,2%
ATENCIÓN A PARTICULARES	56.455	3,6%
PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA	80.811	5,1%
GASTO OTRAS INSTITUCIONES AUTÓNOMAS	101.721	6,4%
TOTAL	1.579.831	100%

Fuente: Elaborado con datos Anuario Estadístico FONASA, 2003

Casi el 100% de los ingresos del sistema isapre se compone de cotizaciones, pero sólo el 72% equivale al monto obligatorio del 7% de la renta imponible. El resto está compuesto por cotizaciones adicionales en un 25%, con que los cotizantes de isapres financian sus planes. Estas primas está asociadas a riesgos e ingresos y el 7% representa un piso.

Cuadro 3
Ingresos Sistema Isapre, 2003

Ingreso Operacional	MM\$ Dic.2005	Porcentaje
Citización legal 7%	582.938	72,4%
Cotización adicional legal 2%	2.096	0,3%
Cotización adicional voluntaria	198.455	24,6%
Aporte empleadores	22.093	2,7%
Total Ingreso Operacional	805.582	100%

Fuente: Elaborado con datos Boletín Estadístico Sistema Isapre. Superintendencia de Isapres, 2003

Los gastos del sistema privado se componen en un 68% en gastos en prestaciones. El ítem de subsidios de incapacidad laboral tiene una importancia sustantiva respecto del sistema público dado que está asociado al nivel de ingresos bastante superior del sistema privado, llegando a un 14% versus 6,2%. Por otra parte los gastos de administración y ventas son importantes con más de un 14%, lo que en el sistema público representa el 1,4%. El resultado operacional en el sistema isapre alcanza el 3,3% de los ingresos operacionales y se duplicó entre 2002 y 2003⁷.

⁷ Esto es lo que se deduce al analizar los Boletines Estadísticos respectivos

**Cuadro 4
Gastos Sistema Isapre, 2003**

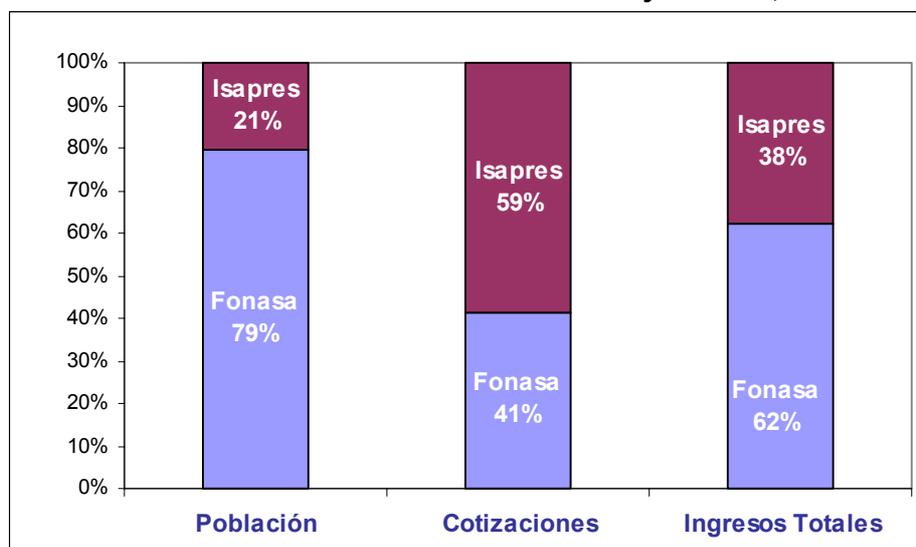
Costos	MM\$ Dic.2005	Porcentaje (sobre I. O.)
Prestaciones de salud	544.655	67,6%
Subsidios incapacidad laboral	113.167	14,0%
Gastos adm. Y ventas	115.833	14,4%
Total costo de operación	779.368	96,7%
	-	
Resultado operacional	26.214	3,3%

Fuente: Elaborado con datos Boletín Estadístico Sistema Isapre. Superintendencia de Isapres, 2003

Dados los cuadros anteriores, no sorprende que la distribución del financiamiento entre el sector público y el privado sea inequitativa, si se supone igual necesidad de salud para cada persona, indistintamente de su afiliación en el aseguramiento. De esta forma el 38% de los recursos totales que el país dispone, se gastan en el 20% de la población (Isapre) y el 62% de los recursos se destina al 80% de la población (Fonasa).

Visto desde la contribución a la seguridad social que componen las cotizaciones, el 59% de estas van al sector privado y sólo el 41% al sector público, que financia el resto de las actividades con aporte fiscal

**Figura 2
Distribución del Financiamiento Público y Privado, 2003**

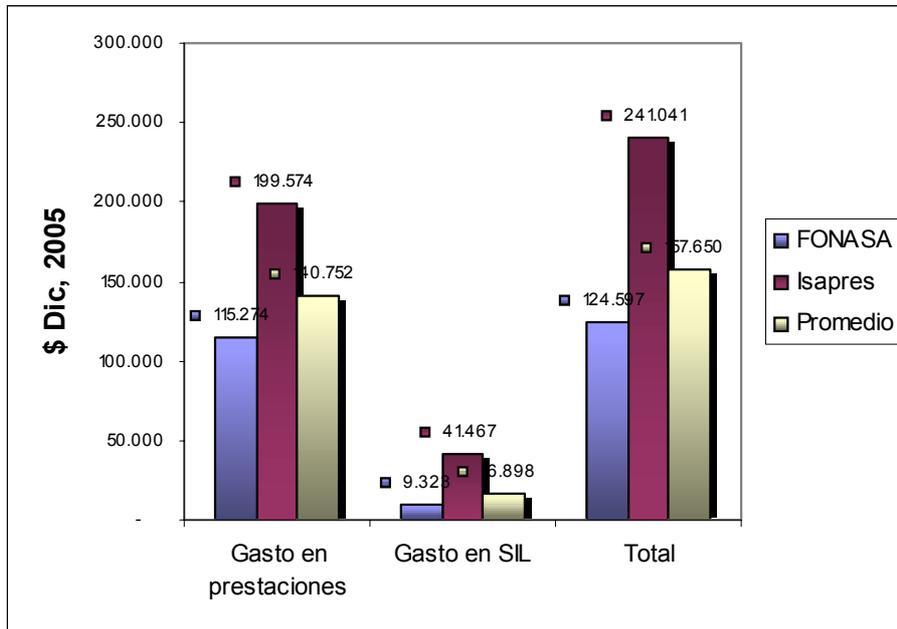


Fuente: Elaborado con datos Boletín Estadístico Sistema Isapre. Superintendencia de Isapres, 2003 y Anuario Estadístico FONASA, 2003.

Tampoco es sorpresa que los beneficios medidos en dinero, sean muy diferenciados.

El gasto per cápita en prestaciones y en subsidios de incapacidad laboral, son claramente desiguales. El gasto per cápita total es prácticamente el doble en isapres respecto al Fonasa.

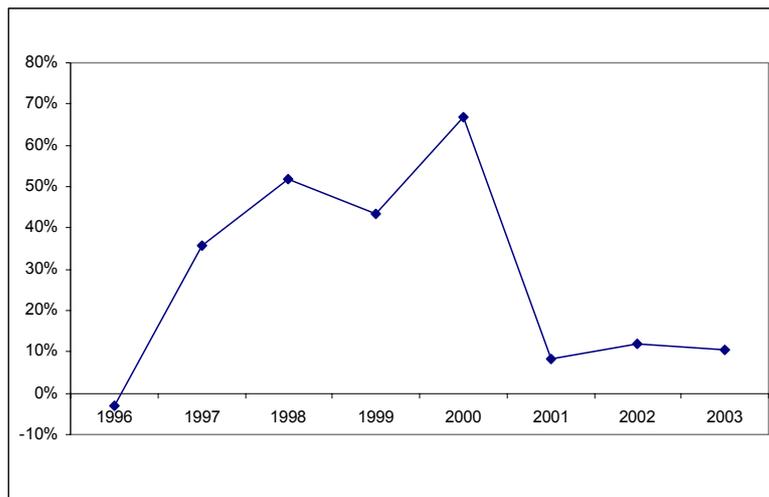
Figura 3
Distribución de los Beneficios Agregados, Fonasa e Isapres, 2003



Fuente: Elaborado con datos Boletín Estadístico Sistema Isapre. Superintendencia de Isapres, 2003 y Anuario Estadístico FONASA, 2003

Sin embargo, la brecha entre el gasto por beneficiario en prestaciones de uno y otro sistema estabilizó su nivel de crecimiento hacia el año 2001 en alrededor de un 10% anual, como se muestra en el gráfico de la Figura 4.

Figura 4:
Tasa de Crecimiento de la Brecha del Gasto en Prestaciones entre Isapres y Fonasa, 1995-2003



Fuente: Calculado desde Boletines Estadísticos Fonasa y Superintendencia de Isapres.

Estas desigualdades se producen debido a los esquemas de funcionamiento diferenciados entre sector privado y público, los procesos de selección y segmentación por riesgo y los problemas de acceso a algunas prestaciones de salud. No existen mecanismos que promuevan la solidaridad entre ambos sistemas, aspecto central para la integración.

6. Descripción y Análisis de la Protección Financiera en Salud en Chile

6.1 Análisis Agregado del Gasto y del Gasto de Bolsillo en Chile

Según datos del Estudio Fonasa-OPS, 2001⁸, en Chile el gasto total en salud fue, aproximadamente, el 7,6% del PIB en el año 2000. No obstante, sólo el 5,5% del PIB se realiza en el sistema de seguridad social de salud (Isapres y Fonasa). El 2,9% del PIB es gastado por el Fonasa y el 2,6% por el sistema privado. El resto del gasto es asignado a los sistemas complementarios de accidentes laborales (Mutuales, Ley 16.744), Fuerzas Armadas, particulares y otros.

Pero este gasto, tiene distintas fuentes de financiamiento. La primera fuente de financiamiento son las contribuciones obligatorias del 7% y adicionales (en el caso privado) que representa el 50% del financiamiento a nivel de Fonasa e isapres. El segundo lugar en importancia para el financiamiento global, están los gastos de bolsillo que son el 27% del total y, en tercer lugar, está el aporte fiscal que corresponde al 23% del financiamiento total.

Pero la distribución del financiamiento del gasto difiere entre el sector público y privado. El financiamiento por la vía del gasto de bolsillo es de 22% en Fonasa y de 33% en las Isapre. La mayor parte de las cotizaciones financian al sistema privado, dada la segmentación por ingresos entre ambos sistemas y el aporte fiscal se concentra, en el sector público, aún cuando se contabiliza un subsidio importante al sector privado compuesto, principalmente, por los Subsidios de incapacidad laboral por pre-post natal y enfermedad grave del hijo menor de un año (SIL Maternales).

Dentro del gasto de bolsillo, que se asocia a las prestaciones de salud, están los co-pagos y el gasto en farmacia y medicamentos. El gasto en fármacos es el 44,4% del total de gasto de bolsillo, dentro del Fonasa este gasto representa el 53,5% del gasto de bolsillo y el sistema isapre el 37,7%, aún cuando los niveles absolutos de este gasto, en ambos subsectores, es bastante similar como se aprecia en la tercera columna del Cuadro 5. Pero esto implica que el gasto en farmacia por beneficiario del sector público es aproximadamente 1/3 el del sector privado.

⁸ FONASA-OPS (2001). "Cuentas Nacionales de Salud, Año 2000".

**Cuadro 5:
Gasto Total y Fuentes de Financiamiento Sistema de Salud Chileno, año 2000 (MM\$,
2000)**

	Contribuciones	Financiamiento Fiscal	Gasto de bolsillo	Total	%PIB
FONASA					
Prestaciones de salud	313.841	463.377	110.502	887.720	2,35%
Subsidios de enfermedad	72.598			72.598	0,19%
Gastos farmacéuticos			127.361	127.361	0,34%
Administración	12.467			12.467	0,03%
Total FONASA	398.906	463.377	237.863	1.100.146	2,91%
Porcentajes	36,3%	42,1%	21,6%	100,0%	
ISAPRE					
Prestaciones de salud	412.631	9.255	200.916	622.802	1,65%
Subsidios de enfermedad	105.430			105.430	0,28%
Gastos farmacéuticos			121.805	121.805	0,32%
Administración	124.218	2.816		127.034	0,34%
Total ISAPRE	642.279	12.071	322.721	977.071	2,59%
Porcentajes	65,7%	1,2%	33,0%	100,0%	
Total ISAPRE + FONASA	1.041.185	475.448	560.584	2.077.217	5,50%
Porcentajes	50,1%	22,9%	27,0%	100,0%	
Otros					
Bienes Públicos		159.732		159.732	0,42%
Sistema de Mutuales	184.311		2.023	186.334	0,49%
FF.AA.	45.416	18.102	9.032	72.550	0,19%
Otros (sin aseguramiento)		900	366.974	367.874	0,97%
TOTAL OTROS	229.727	178.734	378.029	786.490	2,08%
Porcentajes	29,2%	22,7%	48,1%	100,0%	
TOTAL CHILE	1.270.912	654.182	938.613	2.863.707	7,58%
Porcentajes	44,4%	22,8%	32,8%	100,0%	
% PIB	3,36%	1,73%	2,48%	7,58%	

Fuente: Elaborado con datos Estudios de Cuentas Nacionales 2000 FONASA-OPS, 2001 en Cid, 2005.

Vale la pena señalar que, según estos antecedentes, la pertenencia al sistema de aseguramiento, ya sea público o privado, es una variable significativa al evaluar los gastos de bolsillo en salud de las personas, dado que el porcentaje de gasto de bolsillo más alto es el de las personas sin aseguramiento que deben financiar sus prestaciones prácticamente por completo y cuyo gasto representa el 47% del gasto total de "Otros" sistemas en el Cuadro 5. Por otra parte el total de gasto de bolsillo total en Chile (33%) es un monto muy importante y representa el 2,5% del PIB, es un monto sólo un poco inferior al total del gasto del sector isapre, por ejemplo.

Estos cálculos agregados del gasto de bolsillo pueden ser depurados. Por ejemplo, es interesante conocer cual es la representación de este gasto en los gastos más asociados a la producción de salud y que parte de estos gastos es, efectivamente, responsabilidad de los seguros, entendida esta responsabilidad por el grado en que cada peso adicional de gasto en salud de beneficiarios del sistema, se refleja efectivamente en los estados financieros de las instituciones aseguradoras (van de Ven & Ellis, et. al., 2001 en Cid, 2005).

Cuadro 6:
Gasto financiado por los Seguros de Salud, Chile, 2000 (\$, 2000)

Gastos	FONASA	ISAPRE	Total
Prestaciones de salud	887.720	622.802	1.510.522
Subsidios de enfermedad	72.598	105.430	178.028
Administración	12.467	127.034	139.501
Gastos farmacéuticos	127.361	121.805	249.166
TOTAL	1.100.146	977.071	2.077.217
Menos co-pagos, gastos farmacéuticos	-237.863	-322.721	-560.584
Total de gasto en salud financiado por seguros	862.283	654.350	1.516.633
Total de gasto en salud financiado por seguros (sin subsidios de enfermedad)	789.685	548.920	1.338.605

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

Para ello, tal como aparece en el cuadro 6, se pueden descontar de los gastos totales los co-pagos, los gastos en farmacia, para aislar el financiamiento de responsabilidad de los usuarios del financiamiento de responsabilidad de los seguros.

Luego, para aislar los gastos menos asociados a la producción de prestaciones propiamente tal, se descuentan el gasto en subsidios de incapacidad laboral, dado que no representan directamente producción de servicios de salud y que sesga la comparación al depender de los ingresos de los cotizantes. El resultado es la disminución importante del financiamiento destinado exclusivamente a prestaciones de salud por parte de las entidades encargadas de proveerlos y, su contraparte, el aumento de la responsabilidad del financiamiento en las personas beneficiarias.

Visto de esta manera, los indicadores de gastos de bolsillo aumentan significativamente a la vez que la responsabilidad financiera de los seguros sobre la atención de salud, disminuye.

Cuadro 7:
Indicadores Agregados de Gasto de Bolsillo

Indicadores	FONASA	ISAPRE	Total
Gasto financiado por seguros/gasto total	78,4%	67,0%	73,0%
Gasto financiado por seguros (sin subsidios)/gasto total	71,8%	56,2%	64,4%
Gastos de bolsillo/gasto en salud del seguro	24,5%	37,7%	33,2%
Gasto de bolsillo/ gasto en salud del seguro (sin subsidios)	26,4%	43,0%	37,1%

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

En efecto, la responsabilidad de los seguros, es bastante diferenciada y baja en general, pero en particular en el sector privado. Por otro lado y es el otro lado de la moneda, los gastos de bolsillo que son responsabilidad exclusiva de los cotizantes se transforman en un problema

mayor, siendo en el sector isapre, el 38% cuando se consideran los SIL y 43% cuando se excluye esta prestación en el gasto total.

Estas cifras globales (33% de gasto de bolsillo) en estudios no directamente comparables, por tratarse de metodologías distintas, ponen a Chile en un rango promedio en América latina cercano a países tan disímiles entre si como Argentina, Panamá, Bolivia, Costa Rica y Jamaica. Pero, Chile se ubica muy lejos de los países desarrollados como los de Europa, EE.UU., o agrupados en la OECD⁹.

6.2 Análisis de Co-pagos en el Sistema Privado y Público¹⁰

Los co-pagos dependen de la cantidad de prestaciones y del costo de ellas. También dependen del sexo y la edad. No obstante, en el sistema Isapre existe una serie de características que también son relevantes cuando se analizan los co-pagos y vale la pena mencionarlas, aún cuando pueden ser interpretadas como contenidas en las variables mencionadas. Nos referimos, por ejemplo, al plan de salud en isapre que, a su vez, depende del riesgo y del ingreso del cotizante y sus cargas y del tipo de prestador que el plan priorice. En general sucede que los costos son muy diferentes entre prestadores públicos y privados, y también entre los distintos proveedores privados.

a) Co-pagos Observados por Caso en Isapres

Los co-pagos por prestación, o por caso, en el sistema Isapre alcanzan en promedio el 35% del valor cobrado a los usuarios por cada prestación. Estos co-pagos se diferencian de manera significativa entre prestaciones ambulatorias que muestran un co-pago de 41,4% por evento, y las prestaciones Hospitalarias, con un co-pago de 27,5% por evento. Si embargo, la diferencia entre nivel de atención, en promedio, no parece significativa por sexo (40,9% y 27,8% hombres y 41,9% y 27,3%). Pero los co-pagos totales en mujeres son más altos que en hombres en un 36% (\$163 mil mill. versus \$120 mil mill.), fruto de la mayor frecuencia de uso de prestaciones por parte de las mujeres.

⁹ Estas comparaciones son posibles con la información de "Financiamiento de los Sistemas de salud y el análisis del impacto del gasto de bolsillo en los hogares", Depto. del Financiamiento de los Sistemas de Salud EIP/OMS, Santiago, Agosto 2005. Presentado por Ana Mylena Aguilar-Rivera.

¹⁰ En comparación con el análisis agregado, podemos decir que el análisis de co-pagos presenta una notoria diferencia con el de gasto de bolsillo agregado y ambos análisis no son comparables. En particular en el sector privado, el análisis por caso no considera otros gastos, como los gastos en farmacia, por ejemplo, sino que sólo el co-pago por evento en el establecimiento de atención de salud, ya sea de nivel ambulatorio u hospitalario.

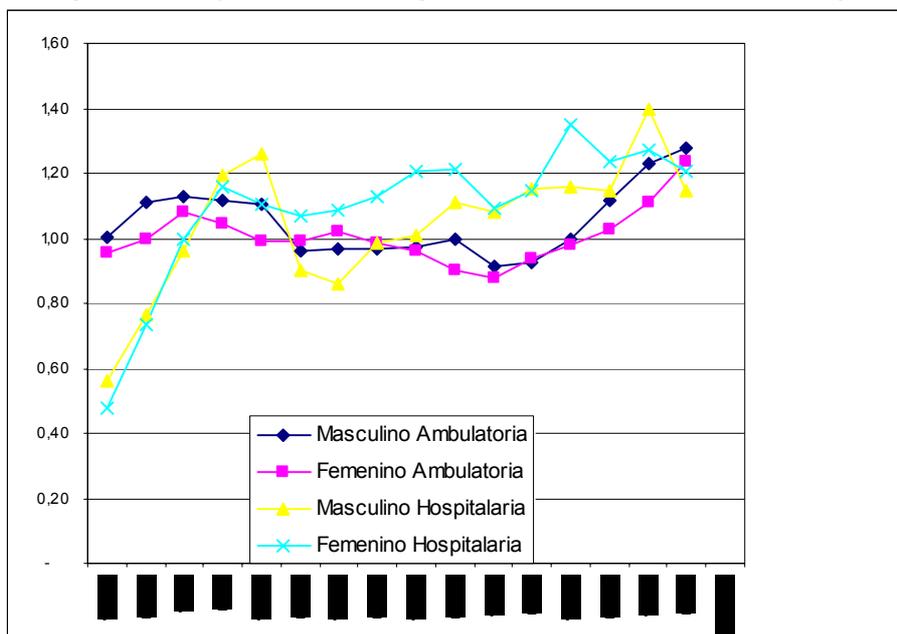
**Cuadro 8:
Co-pagos por Prestaciones Atenciones Ambulatorias y Hospitalarias, 2004 (\$)**

Masculino						
	Número de casos	Monto Facturado	Monto Bonificado	Monto Co-pago	Co-pago Medio	% co-pago
Atención Ambulatoria	16.212.426	175.911.777.525	103.958.109.610	71.953.667.915	4.438	40,9%
Atención Hospitalaria	2.214.768	172.942.576.629	124.919.575.212	48.023.001.417	21.683	27,8%
Total Masculino	18.427.194	348.854.354.154	228.877.684.822	119.976.669.332	6.511	34,4%
Femenino						
Atención Ambulatoria	23.823.308	242.611.311.753	141.309.117.858	101.302.193.895	4.252	41,8%
Atención Hospitalaria	2.656.782	227.289.000.118	165.163.002.473	62.125.997.645	23.384	27,3%
Total Femenino	26.480.090	469.900.311.871	306.472.120.331	163.428.191.540	6.172	34,8%
Total Ambulatoria	40.035.734	418.523.089.278	245.267.227.468	173.255.861.810	4.328	41,4%
Total Hospitalaria	4.871.550	400.231.576.747	290.082.577.685	110.148.999.062	22.611	27,5%
Total	44.907.284	818.754.666.025	535.349.805.153	283.404.860.872	6.311	34,6%

Fuente: Elaborado por los autores con datos Superintendencia de Salud, Archivo Maestro de Prestaciones, 2004.

No obstante lo anterior, hay que tener en cuenta que el promedio del co-pago hospitalario es más de 5 veces el promedio del co-pago por prestaciones ambulatorias (ver Cuadro 8: \$22.611 versus \$4.328), de tal forma que aunque la frecuencia de ocurrencia de eventos hospitalarios es el 12% de las frecuencia de eventos ambulatorios los montos totales de co-pagos son el 64%. Para explicar lo anterior, e incluir, la edad se presenta la siguiente información:

**Figura 5:
Co-pagos Relativos Atenciones Ambulatorias y Hospitalarias por sexo y edad de los pacientes (Normalizados por nivel de atención: media=1)**



Fuente: Elaborado con datos Archivo Maestro de Prestaciones, Superintendencia de Salud, 2004

De la figura 5 se desprende que los co-pagos promedios pagados son diferenciados entre grupos de edad y sexo. Por otra parte, los co-pagos por atenciones ambulatorias son menos diferenciados que los hospitalarios.

En los eventos ambulatorios, los promedios de co-pagos tienden a aumentar en la medida que los eventos se asocian a personas de mayor edad, aún cuando, son altos en las edades menores y caen después de los 80 años. Los co-pagos promedios a nivel de eventos hospitalarios son notablemente menores para niños. Los co-pagos hospitalarios para mujeres son más altos que para los hombres en un importante tramo de edad, esto es, desde los 25 a los 70 años. En cambio los co-pagos promedios de atenciones ambulatorias son claramente más altos cuando están asociados a hombres hasta los 25 años y luego de los 60 años de edad.

Para acercarse más a cómo estos co-pagos afectan a una persona, es útil el análisis de ellos en relación a la población, lo que se describe a continuación.

b) Co-pago Esperado Per-cápita Beneficiarios Isapre

Si calculamos los co-pagos respecto de la cantidad de beneficiarios por grupos de sexo y edad, esto es el co-pago esperado per-cápita, que viene a ser un indicador de riesgo financiero de co-pago, vemos que éste presenta una tendencia al aumento con la edad en términos absolutos y porcentuales, tanto para las prestaciones ambulatorias como hospitalarias.

En las prestaciones ambulatorias, el aumento absoluto y relativo es de un 22% y un 11%, respectivamente. Esto indica que los montos facturados por eventos van aumentando un poco más que los co-pagos a través de los grupos de edad considerados en el cuadro 5.

No obstante lo anterior, esta tendencia al aumento de los co-pagos esperados per-cápita con la edad es significativamente mayor en el caso de los eventos hospitalarios, donde el cambio absoluto de los co-pagos esperados per-cápita desde el grupo de menor edad al de mayor edad es de 2,1 veces y en términos relativos en sólo 36% (1,36 veces). Está última diferencia se debe, al contrario que en lo ambulatorio, a que los co-pagos esperados aumentan en términos absolutos más que los costos facturados, con la edad, en el nivel hospitalario.

Cuadro 9:
Co-Pagos Esperados (per-cápita) por Grupos de sexo y edad y Nivel de Atención

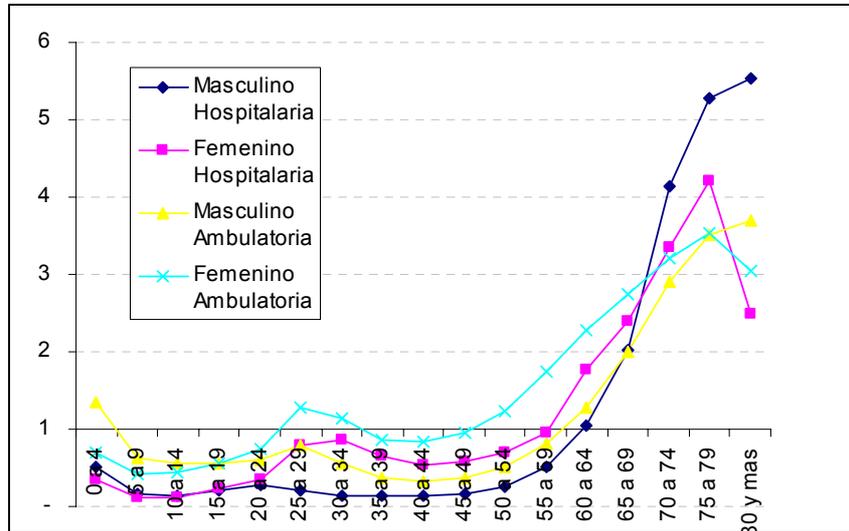
	Femenino			Masculino		
Atención Ambulatoria						
Tramo Edad	Facturación Promedio	Promedio Co-pagos	% Co-pago	Facturación Promedio	Promedio Co-pagos	% Co-pago
00 a 04	10.563	4.152	39,3%	10.901	4.350	39,9%
05 a 24	10.511	4.449	42,3%	11.327	4.840	42,7%
25 a 44	10.202	4.304	42,2%	10.737	4.194	39,1%
45 a 64	9.710	3.971	40,9%	10.215	4.142	40,5%
65 y mas	10.859	4.788	44,1%	11.916	5.298	44,5%
Atención Hospitalaria						
00a 04	46.351	10.793	23,3%	50.049	12.552	25,1%
05 a 24	77.632	22.688	29,2%	79.530	22.945	28,9%
25 a 44	100.522	25.130	25,0%	96.101	21.321	22,2%
45 a 64	91.348	26.665	29,2%	86.207	25.301	29,3%
65 y mas	74.051	24.792	33,5%	75.957	25.911	34,1%

Fuente: Elaborado por los autores con datos Superintendencia de Salud: AMP, Base Cotizantes y Cargas, 2004

Este análisis puede ser profundizado, para lo cual se ha construido un índice de riesgo de co-pago desde el punto de vista de los beneficiarios, de tal modo que los grupos de edad y sexo que estén por encima de promedio del co-pago esperado per-cápita son grupos que pueden ser

clasificados como grupos de alto riesgo en co-pagos, dado que la probabilidad que ante un evento de salud se les cobre un co-pago mayor al promedio, es mayor.

Figura 6:
Indicador de Riesgo de Co-pagos para los Beneficiarios, por sexo, edad y nivel de atención (co-pago medio general = 1)

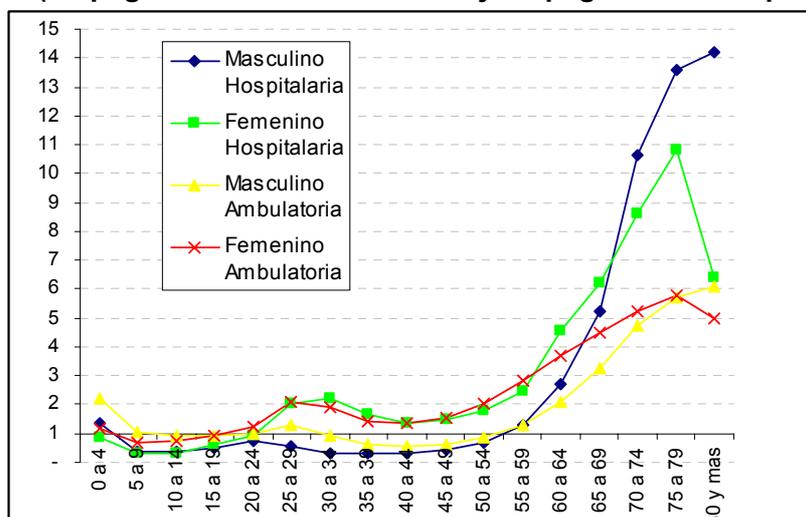


Fuente: Elaborado por los autores con datos AMP, Archivo de cotizantes, archivo de cargas, 2004. Superintendencia de Salud

Del gráfico de la figura 6, se desprende que los grupos que pueden esperar tener co-pagos altos son los niños de 0 a 4 años de edad en la atención ambulatoria, las mujeres entre 25 y 35 años y luego de los 50 años, también en la atención ambulatoria. También están en esta categoría las mujeres luego de los 55 años, en la atención hospitalaria y los hombres desde los 60 años, en la atención ambulatoria y hospitalaria.

En general, los co-pagos esperados alcanzan niveles altos luego de los 60 años en mujeres en ambos niveles de atención, pero en particular en lo ambulatorio, y en el caso de los hombres, esto ocurre luego de los 65 años de edad, en particular en lo hospitalario. Por último, el riesgo a co-pago más alto, de los grupos de sexo y edad analizados, los tienen los hombres desde los 65 años y a nivel hospitalario. También las mayores varianzas en los co-pagos esperados se dan en los hombres.

Figura 7:
Indicador de Riesgo de Co-pagos para los Beneficiarios, por sexo, edad y nivel de atención (co-pago medio ambulatoria = 1 y co-pago medio hospitalario=1)



Fuente: Elaborado por los autores con datos AMP, Archivo de cotizantes, archivo de cargas, 2004. Superintendencia de Salud

El gráfico de la figura 7, muestra el riesgo de tener co-pagos altos por sexo y edad, es decir, el nivel de co-pagos que pueden esperar las personas dependiendo de sus características en edad y sexo y el nivel de atención que requieran entre ambulatorio y hospitalario. Ahora se reduce el análisis a los co-pagos esperados por cada nivel de atención (esto es, dos promedios y no un solo promedio general como en la figura anterior).

En la figura 7 se muestra que el riesgo de co-pago alto en la atención hospitalaria, considerando exclusivamente este tipo de atención, se manifiesta en las mujeres a partir de los 20 años, mientras que en los hombres el co-pago esperado comienza a ser muy alto desde los 55 años.

En lo ambulatorio, se ve que los co-pagos esperados son altos para los hombres entre los 0 y 4 años, desde los 25 a los 29 años y después de los 55 años. En cambio, para las mujeres son levemente altos entre los 0 y 4 años y más altos que el promedio en todo el tramo superior a los 20 años. En ambos casos son crecientes luego de superar el promedio en estas edades adultas.

Hasta aquí se puede apreciar en base a estos resultados, que la reforma, en el plano de la protección financiera ha apuntado en la dirección correcta al intentar beneficiar a los adultos mayores y a las mujeres con el modelo de ajuste de riesgos que ha propuesto y con los problemas de salud considerados como prioritarios¹¹.

¹¹ Por otra parte, cabe señalar, que en los dos análisis precedentes co-pagos por caso y co-pago esperado per-cápita en el sistema privado, proviene de los datos de las bases de prestaciones médicas del sistema isapre globales y sin ninguna diferenciación. En ese sentido es un análisis general que no diferencia a grupos de prestaciones sometidas a redes preferentes, ni la CAEC, donde los co-pagos medidos para esos universos son ciertamente diferentes y más bajos.

c) Análisis de Co-pagos en el Fonasa

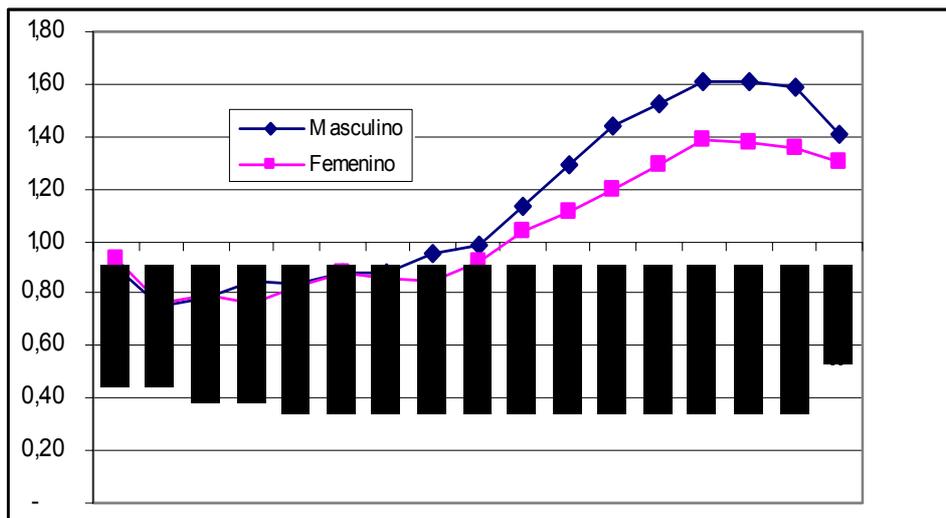
Hemos construido el mismo análisis anterior, para el sector público hospitalario, con otra fuente de datos y con costos imputados. La fuente es la base de egresos hospitalarios 2002 del MINSAL, que suma casi 1,6 millones de eventos en total. Los egresos para beneficiarios del Fonasa, están clasificados según éstos sean A, B, C o D. A los montos calculados e imputados como costos de las atenciones se les ha descontado el co-pago correspondiente a cada tipo de beneficiario.

De un total de 1.599.075 egresos, se han usado los 204.000 eventos valorizados existentes para beneficiarios C y D de Fonasa, quienes son los que co-pagan. En este caso el porcentaje de co-pago es fijo (10% beneficiarios C y 20% beneficiarios D), y no nos ocupamos del eventual pago directo al prestador (por falta de información). Lo que vamos a estimar son los montos de estos co-pagos y las relaciones por sexo y edad, para comparar con el sistema isapre.

Para efectos de este trabajo los costos han sido imputados a la base de egresos 2002, usando la metodología Bitrán et. al. 1996. Esta metodología asigna costos en base a los aranceles FONASA: PAD cuando un problema de salud corresponde a esta canasta y una estimación teniendo en cuenta el diagnóstico, el número y valor de los días camas, el hecho que exista o no intervención quirúrgica y otros ajustes menores, en los otros casos. Los co-pagos han sido supuestos de acuerdo a la Ley, 10% y 20% para los beneficiarios C y D, respectivamente.

Cabe señalar que para este análisis todas las atenciones han sido consideradas susceptibles de co-pago. Esto significa que no se ha discriminado a las prestaciones nominadas que el Fonasa otorga con cobertura 100%, como, por ejemplo las cobertura para el programa de catastróficas, por lo que los resultados aquí encontrados pueden estar en alguna medida, sobrevalorados. No obstante un factor que actúa en contrario a este efecto, es que el análisis supone que todo los tratamientos ocurren en la Modalidad de Atención Institucional (y a precios Fonasa), cuestión que tiende a subvalorar los co-pagos. La incorporación de estos refinamientos en el análisis puede ser desarrollada en estudios posteriores.

Figura 8:
Co-pagos medios a nivel hospitalario Beneficiarios Fonasa (promedio =1)



Fuente: Elaborado por los autores con Egresos hospitalarios 2002. DEIS-MINSAL, valorizados para este informe.

Los co-pagos estimados son más altos que el promedio desde los 40 años en adelante y en las mujeres desde los 45 años. Pero son más altos en los hombres que en las mujeres en todo el rango de edades, tal como se aprecia en la figura 8. A diferencia del sistema privado, los co-pagos promedio hospitalarios son menores que la media, en los casos asociados a mujeres entre 15 y 45 años y en los casos de hombres en el tramo 15 a 24 años. No obstante, los co-pagos en menores, en el sector privado, pueden llegar a ser bastante más bajos, en términos relativos, que en el sector público. Asimismo, los co-pagos en adultos mayores hombres, son un poco más altos que el promedio en el sector público, que en el sector privado.

Ante este análisis de la situación relativa entre lo público y privado conviene tener presente las diferencias de montos absolutos de co-pagos hospitalarios entre ambos mundos. Para ello se presenta la siguiente estimación:

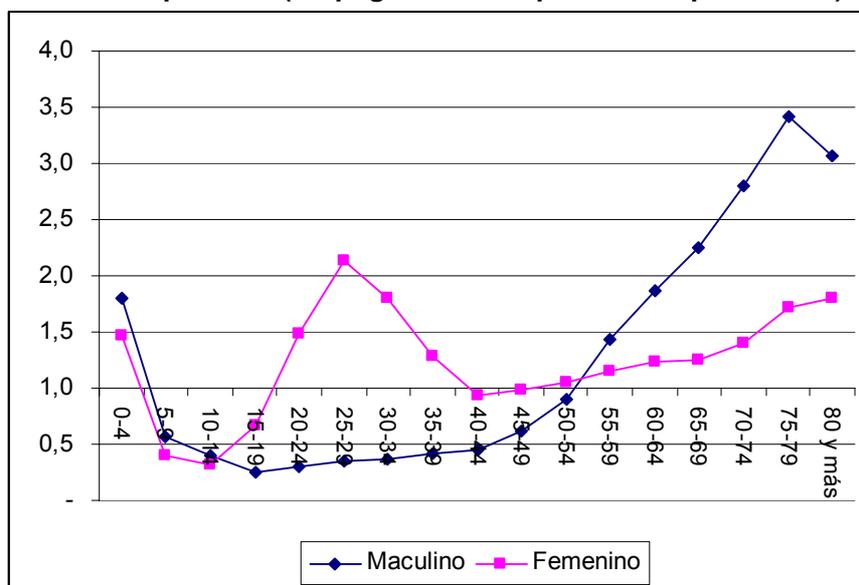
Cuadro 10:
Estimación Co-pago hospitalario promedio Isapre - Fonasa

Estimación Co-pago por Egreso	Pesos 2002
Isapre	428.614
Fonasa	37.053
Isapre/Fonasa	11,6

Fuente: Estimado con datos Archivo maestro de prestaciones 2004 Superintendencia de Salud. Egresos Hospitalarios 2002, DEIS-MINSAL, valorizados.

Es decir, estamos frente a una diferencia promedio de 11,6 veces entre los que se co-paga por egreso hospitalario, en el sistema privado respecto del sistema público.

Figura 9:
Indicador de Riesgo de Co-pagos para los Beneficiarios de Fonasa, por sexo, edad a nivel hospitalario (co-pago medio esperado hospitalario=1)



Fuente: Elaborado a partir de Egresos hospitalarios 2002. DEIS-MINSAL, valorizados para este informe.

Si repetimos el análisis efectuados para los co pagos esperados per cápita en el sector privado, se tiene que a nivel hospitalario, en el sector público, los co-pagos esperados per-cápita son altos en niños de ambos sexos entre los 0 y 4 años, en los hombres mayores de 55 años, para las mujeres entre los 20 a 39 años y luego sobre los 50 años. En todo caso, sobre los 55 años pueden esperarse co-pagos mucho más altos para los hombres, que para las mujeres.

Comparando con el sistema isapre, en términos relativos, el co-pago esperado per-cápita a nivel hospitalario presenta un comportamiento diferente, en niñas de 0 a 4 años y en mujeres 40 a 49 años. Por otra parte, la curva para Fonasa es mucho más plana, es decir, las varianzas son menores, por ejemplo, el co-pago esperado per-cápita máximo es casi 3,5, en cambio, en isapres es más de 14 veces el promedio. Los co-pagos esperados son más desiguales y mucho más altos en el sector privado hospitalario que en el sector público.

d) Estimación de Impacto del Co-pago Hospitalario en el Ingreso de los Cotizantes del Sistema Isapre

Usualmente el análisis del impacto en hogares se hace vía encuestas¹². Pero en este caso, se puede construir una muestra para egresos hospitalarios que asocie la prestación, el tipo de familia (ingresos y cargas) y el co-pago, de manera de poder estimar el impacto del co-pago en los ingresos de los cotizantes, como forma de aproximarse al impacto en el hogar.

La metodología consiste en extraer una muestra de eventos hospitalarios de beneficiarios de las Isapre, durante el año 2002, registros que tiene información de los RUT de las personas egresadas de Clínicas Privadas y Hospitales públicos. Luego asociar esos RUT a la base de datos de cotizantes de la Superintendencia de salud para ese mismo año, de manera de conocer las características de ingreso y composición de cargas del cotizante (o carga), así como, otras características relevantes, como la isapre de pertenencia, la Clínica u Hospital donde fue atendido el paciente y el tipo de plan que tiene contratado con su Isapre¹³. Posteriormente, con estas características, puede estimarse el co-pago (y estimando previamente el costo de la atención hospitalaria) por cotizante.

La muestra se ha escogido seleccionando 13 patologías frecuentes en el sistema isapre. Los costos de las atenciones de salud fueron imputados a la muestra, de acuerdo a la metodología Bitrán 96 – Comisión de la Reforma-MINSAL 2002 y 2003, señalada anteriormente, que el MINSAL y FONASA, han usado en ocasiones anteriores, de manera que las atenciones hospitalarias fueron valoradas principalmente a precios públicos. No obstante lo anterior, para el sistema isapre, los precios obtenidos fueron corregidos para llevarlos al nivel de precios del sistema isapre.¹⁴

Las frecuencias de los problemas de salud escogidos, sobre la cantidad inicial de casos, pueden apreciarse en el siguiente cuadro.

¹² Las bases de datos existentes no permiten asociar co-pagos a un cotizante en particular de manera directa, por lo tanto, no es posible realizar un análisis a nivel de grupo familiar, ya que, estos datos no nos dicen nada respecto del impacto de los co-pagos en las familias, dado que son co pagos por caso y no, co-pagos por hogar asociados a ingresos familiares.

¹³ Estas características no se presentan en este informe.

¹⁴ Para ello se utilizó el factor que resulta de calcular el cociente entre el nivel de precios promedio facturado (y por lo tanto real), emanado de la base de datos de prestaciones del sistema isapre, y los precios promedios estimados, para cada uno de los 13 problemas de salud seleccionados en la muestra.

Cuadro 11:
Egresos Isapre con RUT por 13 Problemas Seleccionados, tipo de Hospital y con o sin Intervención quirúrgica.

		Número de Egresos		
Problema de Salud		Con intervención quirúrgica	Sin intervención quirúrgica	Total Egresos
Hospitales Públicos	AMIGDALITIS CRÓNICA	221	18	239
	APENDICITIS AGUDA	660	50	710
	ARTROSIS DE CADERA SEVERA	24	2	26
	CÁNCER CÉRVICO UTERINO	26	14	40
	CÁNCER DE MAMA	57	26	83
	CÁNCER DE PRÓSTATA	71	6	77
	CÁNCER TESTÍCULO	1	3	4
	CATARATAS	33	6	39
	COLELITIÁSIS	301	54	355
	HERNIA ABDOMINAL	309	24	333
	PARTO	1.009	813	1.822
	TRASTORNO DE CONDUCCIÓN	6	47	53
	FIMOSIS	136	8	144
Total Hosp. Públicos		2.854	1.071	3.925
Hospitales Privados	AMIGDALITIS CRÓNICA	2.145	67	2.212
	APENDICITIS AGUDA	2.320	35	2.355
	ARTROSIS DE CADERA SEVERA	132	13	145
	CÁNCER CÉRVICO UTERINO	462	68	530
	CÁNCER DE MAMA	851	550	1.401
	CÁNCER DE PRÓSTATA	560	19	579
	CÁNCER TESTÍCULO	27	60	87
	CATARATAS	449	8	457
	COLELITIÁSIS	2.248	134	2.382
	HERNIA ABDOMINAL	2.065	31	2.096
	PARTO	7.194	5.871	13.065
	TRASTORNO DE CONDUCCIÓN	55	152	207
	FIMOSIS	918	17	935
Total Hosp. Privados		19.426	7.025	26.451
Total		22.280	8.096	30.376

Fuente: Elaborado a partir de Muestra de Egresos hospitalarios 2002 del DEIS-MINSAL: Beneficiarios isapre con RUT

En estos datos se puede ver que un 13% de los egresos de isapre ocurren en el sistema público de salud. Para comparar esta cifra con un parámetro de costos podemos establecer el gasto en egresos vía facturación en hospitales públicos y privados de los beneficiarios de isapre en el año 2002.

Cuadro 12:
Montos Facturados en Hospitales Públicos y Privados para Beneficiarios Isapre, Año 2002, en M\$ 2002

	Atencion Ambulatoria		Atencion Hospitalaria	
Proveedores Privados	344.750.397	97%	307.101.956	92%
Proveedores Públicos	12.130.470	3%	26.358.680	8%
Total	356.880.867	100%	333.460.636	100%

Fuente: Elaborado con datos Archivo Maestro de Prestaciones Superintendencia de Salud

La importancia en gasto del sector público hospitalario en montos facturados es de 8%, para beneficiarios del sistema isapre.

Si bien el ranking de importancia de las patologías es similar entre hospitales públicos y privados, los valores relativos de importancia son diferentes en algunos casos. Por ejemplo, los partos son el 46% de los egresos en el sistema público para beneficiarios privados, en cambio en las clínicas privadas son el 49%, la distribución entre partos y cesareas es igual en ambos tipos de hospitales. La coincidencia en hernia abdominal (11% en ambos) y la similitud en coleditiásis (10,5% en hospitales públicos y 12% en privados). No obstante hay diferencias mayores en amigdalitis crónica (8% hospitales públicos y 11% clínicas privadas) y sobretodo en apendicitis aguda (23% en hospitales públicos y 12% en hospitales privados), cáncer de mama (2% hospitales públicos y 4% hospitales privados) y cataratas (1,2% hospitales públicos y 2,3% en hospitales privados).

Los co-pagos fueron estimados por grupo de problemas de salud, de manera que el promedio de co-pago de cada problema de salud definido, se aplicó a los casos correspondientes en la muestra, de acuerdo a la información de las prestaciones del año 2004 del sistema isapre. El siguiente cuadro muestra esta información:

Cuadro 13
Co-Pagos por caso patologías escogidas en la Base de Prestaciones Isapre año 2004

PATOLOGÍA	Frecuencia	Facturado Promedio	Bonificado Promedio	co-pago promedio	% co-pago
CATARATA	5.189	678.843	517.618	161.226	24%
AMIGDALITIS CRONICA	7.210	323.680	235.603	88.077	27%
TRASTORNO DE CONDUCCION	453	1.346.536	653.921	692.615	51%
HERNIA ABDOMINAL	4.006 381 4.085	487.457	363.735	123.722	25%
COLELITIASIS	747 8.616	670.711	550.040	120.671	18%
APENDICITIS AGUDA	9.142	518.451	386.053	132.398	26%
CA DE PROSTATA	1.116	776.774	514.697	262.077	34%
CA DE TESTICULO	24	1.040.584	711.474	329.111	32%
CANCER DE MAMA	1.818 671	710.575	468.142	242.433	34%
CANCER CERVICO-UTERINO	1.127 144	471.397	323.561	147.836	31%
PARTO	14.905 24.544	639.320	476.397	162.922	25%
ARTROSIS DE CADERA	702	2.036.808	1.014.885	1.021.923	50%

Fuente: Construido por los autores con datos Superintendencia de Salud

La columna de porcentaje de co pago fue aplicada a la muestra de acuerdo a cada una de las 13 patologías. De tal forma que, por ejemplo, el co-pago promedio de cataratas fue de 24% y el del parto de 25% sobre el costo estimado en la base de datos de la muestra¹⁵.

i) Validación de Datos

No obstante la cantidad de registros que aparecen en el cuadro, se realizaron algunas validaciones de los datos que implicaron que los casos se redujeran a poco menos de 15.000. En primer lugar se debe tener en cuenta que las enfermedades trazadoras fueron consideradas

¹⁵ Cabe señalar que no se han aislado los beneficiarios CAEC, por cuanto la base de prestaciones los incluye y los promedio de pago de bolsillo, por lo tanto, incluyen los pagos de deducibles.

sólo en caso de intervención quirúrgica (excepto el parto en que se tomó el total), por lo que nuestro universo se reduce de 30 mil casos a 28.151 casos. Además la búsqueda de RUT en la base de cotizantes permitió identificar hasta 26.405 casos.

Por otra parte, la verificación de los datos implicó ir perdiendo parte de la información, por ejemplo, se dejaron en la muestra sólo aquellos casos en que la cotización pactada no superase el 30% de la renta imponible y en el primer quintil de renta imponible, donde hay más problemas de este tipo, la exigencia fue que la cotización pactada no superara el 20% de la renta imponible. También se impuso la consideración de un sueldo mensual mínimo de \$111.206 hacia arriba, eliminándose de la muestra los ingresos menores. La aplicación de estos filtros a los datos, determinó que la muestra finalmente contara con 14.644 personas del sistema isapre.

Cuadro 14
Frecuencias de las 13 Patologías Escogidas por Quintil de Renta Imponible de Cotizantes del Sistema Isapre en la Muestra

Problema de Salud		Quintiles de Renta Imponible					Total
		I	II	III	IV	V	
AMIGDALITIS CRÓNICA	N° de Casos	180	200	209	282	340	1.211
	%	15	17	17	23	28	100
APENDICITIS AGUDA	N° de Casos	269	255	264	289	371	1.448
	%	18,6	17,6	18,2	20,0	25,6	100
ARTROSIS DE CADERA SEVERA	N° de Casos	7	17	22	21	12	79
	%	8,9	21,5	27,8	26,6	15,2	100
CÁNCER CÉRVICO UTERINO	N° de Casos	29	40	52	56	63	240
	%	12,1	16,7	21,7	23,3	26,3	100
CÁNCER DE MAMA	N° de Casos	62	78	106	108	98	452
	%	13,7	17,3	23,5	23,9	21,7	100
CÁNCER DE PRÓSTATA	N° de Casos	48	61	68	75	71	323
	%	14,9	18,9	21,1	23,2	22,0	100
CÁNCER TESTÍCULO	N° de Casos	3	2	-	5	3	13
	%	23,1	15,4	-	38,5	23,1	100
CATARATAS	N° de Casos	29	34	48	39	50	200
	%	14,5	17,0	24,0	19,5	25,0	100
COLELITIÁSIS	N° de Casos	185	238	264	330	251	1.268
	%	14,6	18,8	20,8	26,0	19,8	100
HERNIA ABDOMINAL	N° de Casos	214	207	235	264	241	1.161
	%	18,4	17,8	20,2	22,7	20,8	100
PARTO	N° de Casos	1.819	1.706	1.554	1.356	1.241	7.676
	%	23,7	22,2	20,2	17,7	16,2	100
TRASTORNO DE CONDUCCIÓN	N° de Casos	2	-	6	9	4	21
	%	9,5	-	28,6	42,9	19,0	100
FIMOSIS	N° de Casos	81	91	101	120	159	552
	%	14,7	16,5	18,3	21,7	28,8	100
TOTAL	N° de Casos	2.928	2.929	2.929	2.954	2.904	14.644
	%	20	20	20	20	20	100
TOTAL COTIZANTES ISAPRES 2002 (DIC.)	%	28	19	19	17	17	100

Fuente: Elaborado con los datos de la Muestra

Llama la atención que los quintiles más bajos en la muestra, en general, son los que presentan menores frecuencias de ocurrencia de estos egresos hospitalarios. Ello puede estar evidenciando problemas de acceso, dado que no hay evidencia de que ellos presente menos demanda o necesidad por estos problemas, si no que por el contrario, todo indica que a

menores ingresos mayores necesidades en salud. Por otra parte, podría ser que haya un fenómeno de riesgo moral en los quintiles de mayores ingresos, pero existen trabajos que señalan que no existe este problema, o es despreciable, a nivel hospitalario (Sapelli y Vial, 2001).

La única patología que no sigue esta tendencia, sino que la inversa, es el parto donde a medida que aumenta el ingreso la frecuencia es menor, en menor medida esto sucede en el cáncer de testículo.

Además la última fila del cuadro corresponde al porcentaje de cotizantes según renta imponible de diciembre de 2002 del conjunto del sistema isapre, lo que al comparar con los quintiles de la muestra, arrojan que en la muestra están subrepresentados los salarios más bajos del primer quintil calculado en 8 puntos, lo que puede estar ratificando nuestra sospecha de dificultades de acceso a la atención hospitalaria de las personas más pobres del sistema isapre. A la vez la sobrerrepresentación de los demás quintiles se distribuye en mayor proporción en los dos quintiles de mayores ingresos (6%) y luego en los intermedios (2%)

Con la preparación de ésta importante muestra y las estimaciones señaladas se pudo conocer el impacto estimado de los co-pagos en los cotizantes del sistema isapre.

ii) Resultados

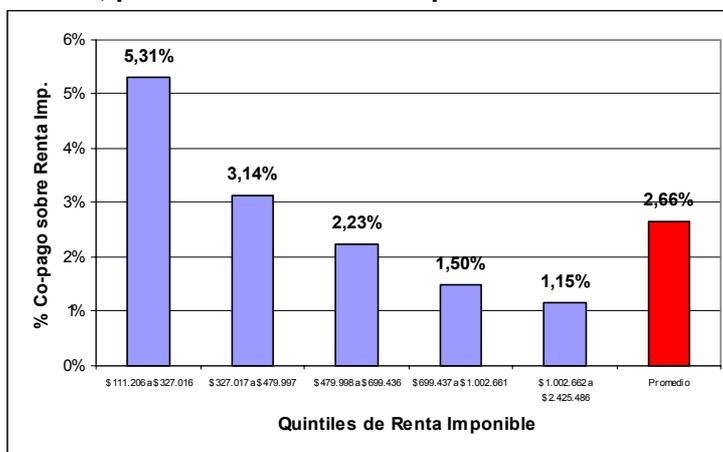
El cuadro siguiente muestra el resultado de la estimación por quintiles de renta imponible de los cotizantes.

Cuadro 15
Estimación de Co-pago medio de cotizantes Isapre a Nivel Hospitalario sobre Renta Anual por Quintiles de Renta Imponible de la Muestra

Quintiles	Tramos de Renta (\$ año 2002)	Co-pago sobre	
		Renta	N
1	\$111.206 a \$327.016	5,31%	2.928,00
2	\$327.017 a \$479.997	3,14%	2.929,00
3	\$479.998 a \$699.436	2,23%	2.929,00
4	\$699.437 a \$1.002.661	1,50%	2.954,00
5	\$1.002.662 a \$2.425.486	1,15%	2.904,00
	Promedio	2,66%	14.644,00

Fuente: Estimaciones de los autores con Base de Egresos 2002, MINSAL; Bases de datos de cotizantes y cargas Superintendencia de Salud

Figura 10
Estimación de Co-Pago medio de cotizantes Isapre a nivel Hospitalario sobre la Renta Anual, por Quintil de Renta Imponible de la Muestra



Fuente: Cuadro anterior

Los datos muestran el impacto del gasto en co-pagos a nivel hospitalario en los cotizantes del sistema isapre, en esta muestra. El resultado es regresivo, con un impacto de 5,31% de la renta imponible en el quintil de gasto más bajo, esto es en cotizantes con renta imponible que va desde el mínimo señalado y \$327 mil y, un impacto promedio de 1,15% de la renta imponible en el quintil de ingreso laboral más alto, que presenta rentas imponibles desde \$1 millón hasta \$2 millones 400 mil. El promedio de co-pago hospitalario en la muestra es de 2,66% de la renta imponible al año.

Claramente el impacto del gasto en co-pagos hospitalario al año, en el sistema isapre, según esta muestra y esta metodología de estimación, va disminuyendo conforme aumenta el ingreso de los cotizantes¹⁶ Probablemente esta regresividad es producto de que el diseño de los planes en el sector privado favorece la capacidad de pago, es decir, a mayor nivel de cotización, menores son los co-pagos.

¹⁶ Teniendo la información de los beneficiarios FONASA a nivel individual y estimando sus co-pagos a nivel hospitalario, en base a la imputación de costos de la base de egresos 2002, este mismo ejercicio de generación de una base de datos para estimar el co-pago hospitalario y su impacto en los cotizantes, podría ser realizado, de modo de poder comparar entre sistema público y privado de aseguramiento de salud. Esta es una tarea que está pendiente hasta poder contar con la información señalada.

7. Análisis de la Equidad del Gasto de Bolsillo en Salud y su Impacto en los Hogares

7.1 Encuesta de presupuestos familiares INE 1997: Análisis preliminar OMS¹⁷.

Para la OMS los gastos de bolsillo en salud pueden ser una barrera de acceso a la atención necesaria de salud y pueden ocasionar que los hogares tengan gastos catastróficos, definiendo aquellos como los que representan más del 40% del ingreso disponible de los hogares. De esta forma, el gasto de bolsillo podría provocar que algunos hogares se empobrezcan debido a los gastos excesivos en salud, es decir, la metodología OMS calcula los hogares que se encuentran debajo de la línea de pobreza después de realizar los gastos en salud.

De esta manera, para la metodología OMS lo importante son los gastos catastróficos y el eventual empobrecimiento de las familias. Una segunda derivada del análisis es la reflexión en torno al no uso de servicios de salud, ya que al promover el mayor uso de los sistemas las probabilidades de incurrir en gastos catastróficos y empobrecimiento aumentan.¹⁸

Se intenta dar cuenta de quién y qué servicios de salud se utilizan, quienes pagan y cuanto por ellos y cómo afectan estos pagos a la situación financiera del hogar, a la vez, que se quiere conocer el impacto que estos gastos pudieran tener en la pobreza y que tipo de hogares tienen mayor probabilidad de enfrentar gastos catastróficos.

La contribución financiera a la salud es medida como la relación entre los gastos de bolsillo en salud y la capacidad de pago o ingreso efectivo. Este ingreso efectivo es considerado como el gasto en consumo del hogar, menos el gasto de subsistencia que, a su vez, es definido como la línea de pobreza.

De esta forma se discrimina en relación a este indicador de contribución financiera entre aquellos hogares que caerían en pobreza con el gasto en salud y los que no. A la vez que se discrimina entre aquellos que efectúan gastos catastróficos y los que no. Estas variables son agregadas como dummy a la base de datos de la encuesta en cuestión, para el trabajo estadístico.

Luego con un análisis de regresión se establecen aquellas variables que determinan la utilización de servicios, enseguida se calculan los pagos por niveles de ingreso (quién paga y cuanto) y el impacto que tendrían estos pagos en los hogares. Finalmente, nuevamente con análisis econométrico, se determinan los hogares que tienen mayor probabilidad de estar en riesgo.

Para establecer las tendencias en la utilización se usan variables como proporción de niños, proporción de adultos mayores, localización urbano-rural, servicios público o privado, pertenencia a quintiles de ingreso, etnia, etc. Las mismas variables y otras como la ocupación,

¹⁷ Se refiere a Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). "Financiamiento de los sistemas de salud y el análisis del impacto del gasto de bolsillo en los hogares". Departamento del Financiamiento de los Sistemas de Salud. Presentación de Ana Mylena Aguilar-Rivera, Santiago, Agosto de 2005.

¹⁸ En lo teórico la metodología viene a ser una conciliación entre aquella propuesta por la misma OMS en su informe anual del 2000, con el índice de justicia financiera, que fuera ampliamente criticada, incluidos autores clásicos en tema de equidad financiera en salud como Wagstaff, y un planteamiento más relacionado con la justicia distributiva de la tradición de estos críticos.

el sexo, tipo de seguro y autotratamiento, son usadas para la regresión logística que determina la probabilidad de estar en riesgo de gasto catastrófico y empobrecimiento.

Los resultados posibles de este análisis describen, por ejemplo, los porcentajes de las personas que estando enfermas, acudieron a un servicio de salud, el porcentaje de hogares con gastos catastróficos, el impacto según grupo socioeconómico, etc.

Los resultados preliminares de la OMS para Chile, o sus aspectos más relevantes, dicen relación con que sólo dos variables son estadísticamente significativas al estimar los determinantes de los gastos catastróficos, a saber: pertenecer al quintil más rico y ser viejo, cuando se estima considerando también tipo de trabajador (dependiente o por cuenta propia), educación, tamaño del hogar y género.

7.2 Análisis de la equidad del gasto de bolsillo en salud

Acerca de la distribución del gasto de bolsillo calculado por la OMS y los ingresos, en resumen, se puede ver lo siguiente:

Cuadro 16:
Resultados distributivos OMS 2005. En Base a Encuesta INE 1997

	1er Quintil	2do Quintil	3er Quintil	4to Quintil	5to Quintil
Gasto de bolsillo en salud sobre capacidad de pago	3,3%	3,9%	5,6%	5,2%	6,6%
Gasto en medicamentos en el gasto de bolsillo	79,1%	74,6%	67,5%	60,7%	51,9%
Gasto en consulta médica en el gasto de bolsillo	7,3%	11,7%	15,7%	16,5%	18,9%
Gasto en atención dental en el gasto de bolsillo	0,5%	2,2%	3,1%	4,4%	6,8%
Gasto en artículos auxiliares en el gasto de bolsillo	8,4%	7,4%	7,4%	8,1%	5,9%
Gasto en atención hospitalaria e intervenciones en Operaciones en el gasto de Bolsillo	1,5%	0,8%	1,8%	2,5%	6,0%
Gasto en análisis y servicios de laboratorio en el gasto de bolsillo	1,3%	2,1%	2,7%	4,4%	5,1%
Gasto en aparatos y equipos auxiliares en el gasto de bolsillo	1,9%	1,2%	1,5%	2,9%	4,6%

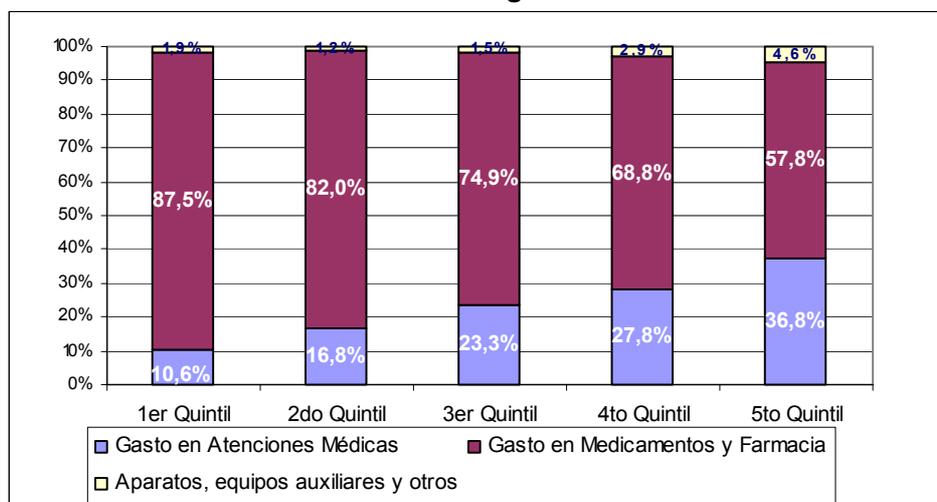
Fuente: Elaboración por los autores en Base a resultados OMS-Aguilar, 2005, Agosto 2005.

En promedio, aproximadamente el 5% de la capacidad de pago¹⁹ de los hogares se destina a gasto de bolsillo en salud. Por otro lado, se puede señalar que el 71% de los gastos de bolsillo corresponden a medicamentos y que este ítem tiene mayor importancia en los grupos más pobres. En segundo lugar, el gasto más importante con un 14% de importancia es el co-pago por consulta médica (co-pagos y pagos directos), luego aparece el ítem artículos auxiliares con 7% y detrás dentista y aparatos con 4% de importancia y luego el co-pago por atención hospitalaria con un 3%. Claramente el gasto más importante son los medicamentos, en particular para los grupos más pobres.

¹⁹ La literatura recomienda comparar en base al ingreso disponible que suele ser considerado como aquel que resulta de descontar los gastos básicos de alimentación (OMS, 2005).

Por otra parte, es posible señalar que los pobres (primer quintil) casi no gastan en ítems relacionados con atención médica ambulatoria ni hospitalaria, sólo gastan en farmacia, considerando aquí, además de los medicamentos, los artículos auxiliares y los aparatos, alcanzan casi el 88% del gasto de bolsillo (Figura 11). En cambio los quintiles más ricos a pesar que gastan la mitad o más en medicamentos, su segundo ítem de gastos son las consultas y los demás ítems se distribuyen más o menos parejo entre el 5 y el 7%. Esto tiene que ver con el acceso a prestaciones, por ejemplo el bajo nivel de gasto en dentista del primer quintil.

Figura 11
Distribución del Gasto de Bolsillo en Salud, según ítems principales y Quintil de ingreso de los hogares

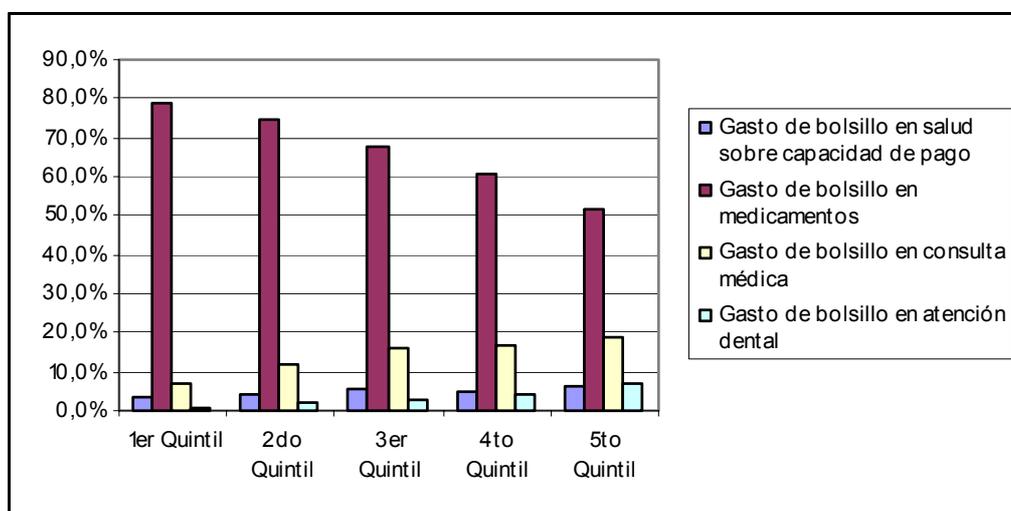


Fuente: Elaborado con datos Encuesta de Presupuestos Familiares INE-1997

A través de los quintiles de ingreso parece ser que el gasto de bolsillo en salud sobre la capacidad de pago de los hogares es creciente, excepto, entre los quintiles tercero y cuarto (Figura 12). No obstante, de este gasto, el más importante el de medicamentos, es claramente regresivo, en el sentido, que los hogares más pobres gastan más en medicamentos y viceversa. En cambio, en el ítem consulta médica y gasto por atención dental ocurre lo contrario.

Cabe recordar que, en el caso de Chile, el mayor gasto relativo de los grupos de mayores ingresos y el menor gasto de los grupos más pobres, además de reflejar la enorme diferencia de capacidad de pago, probablemente también esté influido por las diferencias de los niveles de precios entre proveedores con que se atienden unos y otros.

Figura 12
Resultados distributivos Gasto de Bolsillo en Salud, OMS 2005



Fuente: Elaboración por los autores en Base a resultados OMS-Aguilar, 2005, Agosto 2005.

Otra conclusión importante es que de acuerdo a los parámetros previamente definidos, el 2% de los hogares realiza gastos catastróficos (medido en más del 40% del ingreso disponible). No obstante, el 14% de los hogares realiza gastos por sobre el 10% del ingreso disponible. Por último, quienes gastan más en salud desde sus bolsillos, son los que disponen de más recursos, es decir, los grupos de mayores ingresos, tanto en términos absolutos como relativos.

No obstante estas relaciones nada nos dicen respecto de las necesidades de salud de cada quintil, por lo que puede ser tremendamente negativo que el quintil más pobre destine menor porción de sus ingresos a salud, (porque sencillamente no puede destinar más, aún cuando tenga necesidades).

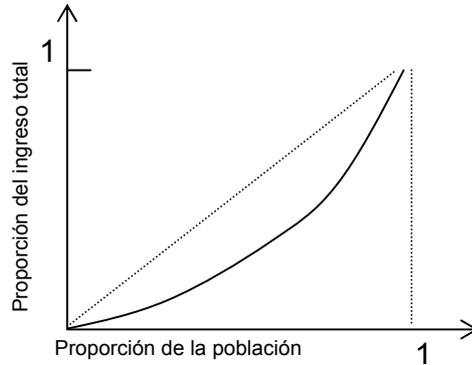
a) Protección Financiera: Distribución del Gasto de Bolsillo en Salud e Impacto en el Ingreso de los Hogares

i) Instrumental

En este apartado se trabaja la encuesta del INE para profundizar en el aspecto distributivo del gasto en salud de los hogares, para establecer conclusiones en torno a la equidad y la protección financiera, fundamentalmente a través de curvas de Lorenz y coeficiente de Gini.

La curva de Lorenz es una herramienta útil para definir y graficar las desigualdades en salud (y de ingresos en general) de una población determinada. Se construye ordenando las unidades de medida (hogares o personas) por nivel de ingreso, de menor a mayor, es decir rankeando los hogares, y se representa, para las distintas proporciones acumuladas de la población así ordenada, la renta correspondiente a dichas unidades.

**Figura 13:
Curva de Lorenz Estándar**

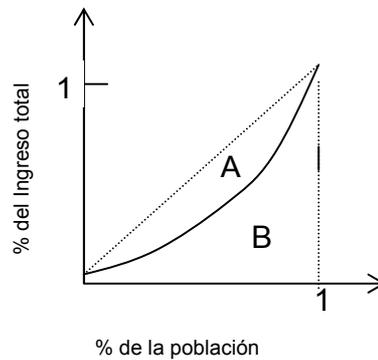


Fuente: Wagstaff y van Doorslaer, 2000.

La figura 10 muestra la curva de Lorenz estándar. La línea de 45 grados representa una distribución de ingresos iguales entre todos los miembros de la población. De forma inversa, a medida que una curva de Lorenz se aleja de la línea de 45% se torna más desigual. Este instrumento es útil a la hora de hacer comparaciones entre distintas distribuciones de ingresos.

El coeficiente de Gini indica cuan lejos está una distribución de ingresos de la distribución perfectamente igualitaria. El coeficiente de Gini mide el área entre la curva de Lorenz y la línea de 45 grados, respecto al área total por debajo de la citada línea. Es decir, de acuerdo a la figura 14, el índice estaría dado por:

**Figura 14:
Coeficiente de Gini**



Coeficiente de Gini = $\frac{A}{(A+B)}$, que puede ser escrito como (fórmula para variables discretas):

$$\text{Coeficiente de Gini} = \frac{\sum_i \sum_j |x_i - x_j|}{(2N^2 \mu)}$$

Donde,

x_i es el ingreso del individuo i ,
 x_j es el ingreso del individuo j ,
 N es el número total de individuos,
 μ es la media aritmética del ingreso de la población.

Fuente: Desde Wagstaff y van Doorslaer, 2000.

El valor del coeficiente de Gini, se encuentran entre uno y cero, tomando valor cero, para una distribución perfectamente igualitaria y valor uno, para una desigualdad máxima.

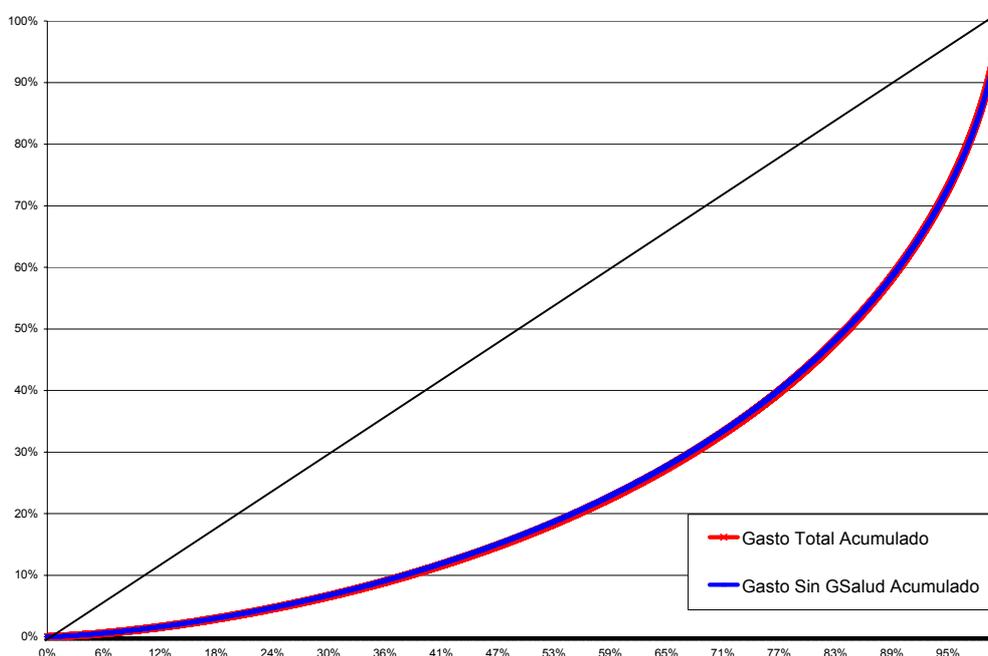
ii) Distribución y concentración del gasto y del gasto de bolsillo en salud de los hogares

Como inicio de este análisis se presentan algunos aspectos descriptivos de la muestra del INE. Esta encuesta fue realizada en el Gran Santiago entre Agosto de 1996 y Julio de 1997, para una muestra de 8.445 hogares. La base de datos incluye gastos e ingresos de los hogares e ingreso y características de las personas. De esta forma se consignan datos acerca de relación de parentesco en el hogar, sexo, edad, educación, categoría ocupacional e ingresos. El gasto se registra desagregado a nivel de productos. Al agregar los productos correspondientes a salud²⁰, se obtiene el gasto en salud de los hogares.

Al elaborar curvas de Lorenz de concentración del gasto total de los hogares con y sin gasto en salud es posible determinar si el gasto en salud es regresivo o progresivo. Es esperable que mientras más concentrados estén los gastos en pocas personas, la curva de Lorenz estará más alejada de la diagonal que representa la igualdad, es decir, será más convexa. La curva será menos convexa si la distribución de los gastos es más equitativa.

²⁰ Los gastos considerados como de salud en este trabajo, corresponden a: medicamentos, artículos auxiliares (algodón, alcohol, jeringas, etc.), lentes ópticos, aparatos ortopédicos y terapéuticos, consulta médica, intervención médica en operaciones, honorarios de otros profesionales, servicio dental, análisis de servicios de laboratorio y rayos, hospitalización, servicio de emergencia móvil, seguro de salud* y cepillo de dientes y otros artículos. (*Otros).

**Figura 15:
Curva de Lorenz del Gasto Total de los Hogares versus Curva de Lorenz del Gasto de Bolsillo en Salud de los Hogares, 1997.**



Fuente: Elaboración de los autores con Encuesta de Presupuestos Familiares INE 1997.

En efecto, tal como se muestra en la figura 15, cuando se considera el gasto de los hogares sin el gasto en salud, se tiene una distribución como la curva azul. Pero cuando se agrega la parte dedicada a salud del gasto familiar, la curva se desplaza, aunque levemente, hacia la derecha abajo (color rojo), es decir, se vuelve más convexa, lo que indica un aumento del coeficiente de Gini y por lo tanto de la desigualdad. Efectivamente, como veremos, el Coeficiente de Gini del gasto en Salud de las familias es alto, con un valor de 0,57.

La distribución del gasto es extremadamente desigual. De hecho el quintil más rico gasta cerca de 40 veces más en salud que el quintil más pobre, como se aprecia en el Cuadro. Para tener un parámetro de este tipo de índices se muestra también que el gasto general en consumo es poco más de 11 veces más en el quinto quintil de ingreso que en el primero. Las encuestas de ingresos, además, muestran que en el caso de los ingresos este indicador en Chile ha oscilado entre 13 (1992) y 15 veces (1998), siendo el 96, año más cercano a esta encuesta 14,6 veces, en el año 2003 fue de 14,3 veces. (Mideplan, 2004). De acuerdo a estos parámetros, efectivamente la distribución del gasto se concentra exageradamente en los quintiles de mayores ingresos.

**Cuadro 17
Índices de Distribución del Gasto por Hogar**

Tipo de gasto	Índice 20/20 Razón de quintiles por Hogar
Gasto de Bolsillo en Salud	39,82
Gasto en Consumo	11,37

Fuente: Elaboración de los Autores con Encuesta de Presupuestos Familiares INE-96-97

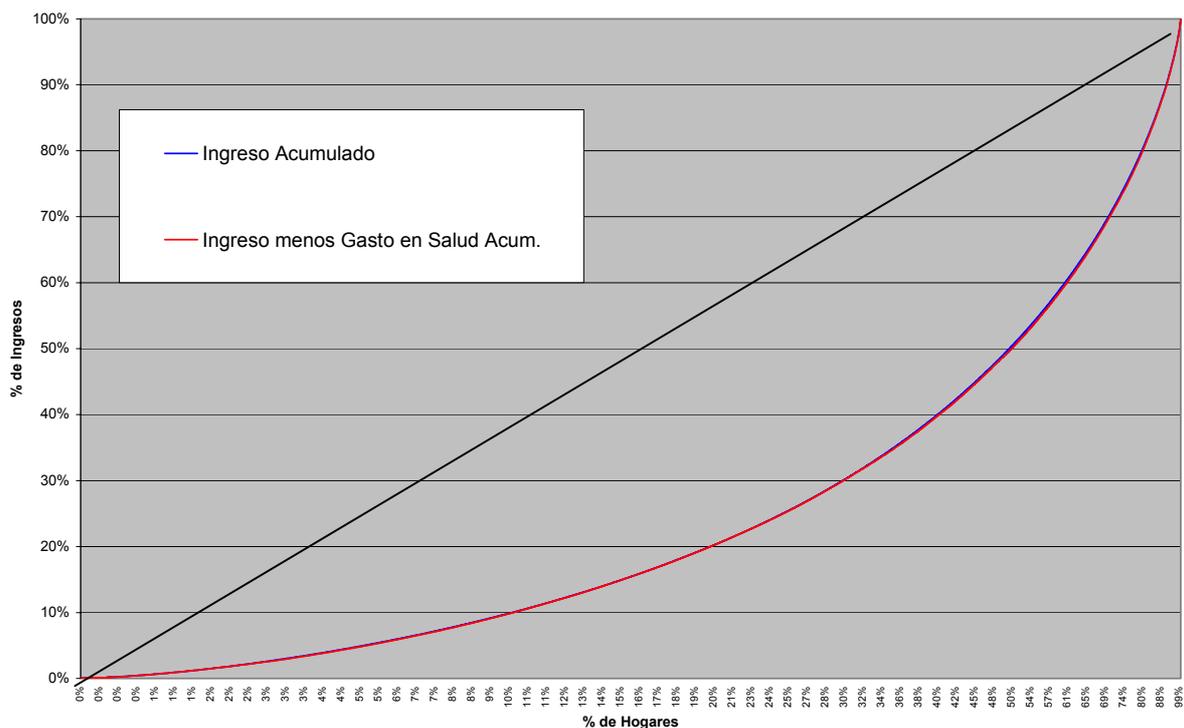
iii) Análisis del Efecto Distributivo en el Ingreso del Gasto en Salud:

Si repetimos el ejercicio pero considerando el ingreso, tal como recomienda la literatura (Wagstaff y van Doorslaer, 1992, 1996, 2000 y Wagstaff 2000), es esperable que mientras más concentrados estén los ingresos en pocas personas, la curva de Lorenz estará más alejada de la diagonal que representa la igualdad, es decir, será más convexa. La curva será menos convexa si la distribución de los ingresos es más equitativa.

El ejercicio consiste en suponer un momento inicial t_0 en que los hogares no han efectuado el gasto en salud, y en este momento examinar la distribución de los ingresos, a través del coeficiente de Gini. Luego en el momento t_1 , una vez efectuado el gasto en salud, nuevamente calcular el coeficiente de Gini y comparar, para evaluar el impacto del gasto en salud, en el ingreso de los hogares.

Figura 16

Curva de Lorenz de los Ingresos de los Hogares versus Curva de Lorenz de los Ingresos menos el Gasto de Bolsillo en Salud de los Hogares



Fuente: Elaboración de los autores con Encuesta de Presupuestos Familiares, INE. 1997.

En una mirada inicial, el gasto en salud pareciera no tener efecto sobre la distribución del ingreso de los hogares, ya que, la curva de ingresos prácticamente se superpone a una curva que considere los ingresos de los hogares, menos el gasto en salud que ellos realizan.²¹

Cuadro 18:
Resultados Coeficientes de Gini de los Ingresos de los Hogares y del Gasto en Salud. Gran Santiago 1997.

Momento del cálculo	Coeficiente de Gini
Gini del ingreso Previo al gasto de bolsillo en salud	0,557
Gini del ingreso Posterior al gasto de bolsillo en salud	0,548
Gini del gasto de bolsillo en Salud	0,566

Fuente: Cálculos de los autores desde Encuesta de Presupuestos Familiares INE, 1997

No obstante lo anterior, al calcular y comparar el coeficiente de Gini del ingreso autónomo total (Gini=0,55, de acuerdo a nuestro ejercicio, posterior al gasto en salud), con un coeficiente de Gini del ingreso autónomo total que se construye sustrayendo el gasto en salud de cada hogar (Gini=0,56, de acuerdo a nuestro ejercicio, previo al gasto en salud), se tiene que el coeficiente de Gini de la muestra de hogares²² considerando el ingreso autónomo total de la encuesta, es mejor que el que resulta de calcularlo una vez que se ha sustraído el gasto en salud de los ingresos. El Coeficiente de Gini pareciera mostrar un aumento leve de la equidad de ingresos.

La interpretación de este ejercicio es que, en esta muestra, el gasto en salud desde el bolsillo de los hogares, está muy concentrado por ingresos y es desigual en los hogares del Gran Santiago²³. Por otra parte, el hecho que el coeficiente de Gini del gasto en salud sea mayor que los calculados para los ingresos, muestra dos aspectos: primero que el gasto en salud es altamente desigual y segundo, que es proporcionalmente mayor en los hogares de mayor ingreso, ello explica que al hacer el ejercicio de sustraer el gasto de bolsillo y luego agregarlo al ingreso, el coeficiente de Gini mejora levemente. Esta última observación está en línea con lo señalado por el análisis de la OMS que se ha reseñado previamente, que indicaba que a mayor capacidad de pago, mayor proporción de gasto de bolsillo en salud.

Con este análisis podemos afirmar que a mayor ingreso mayor gasto de bolsillo en salud, probablemente porque los sectores de mayores ingresos suplen las deficiencias de sus planes de salud con gasto directo. En cambio los más pobres deben conformarse con el no acceso a las prestaciones de difícil disponibilidad y su poco nivel de gasto absoluto, se realiza casi por completo en farmacia.

²¹ Hay que considerar, que este análisis toma en cuenta sólo el gasto de bolsillo en salud. Ni las transferencias, ni los subsidios a la oferta por parte del estado, están considerados, por lo que es natural que el gasto tienda a mantener el nivel de regresividad de los ingresos a nivel de hogares existente en Chile.

²² El coeficiente de Gini de la muestra de representación nacional (CASEN) para el ingreso autónomo en 1996 fue de 0,57 y 0,56 para el caso del ingreso monetario que considera las transferencias (Mideplan, 2001).

²³ Nos parece que una causa de esto, es que, si se ordenan los hogares de menor a mayor ingreso, tenemos que los ingresos de los hogares crecen más rápido que la proporción del gasto en salud respecto de esos ingresos, en los grupos de mayores ingresos, dado que hay un umbral de gasto de bolsillo en salud, en que éste comienza de ser necesario.

Seguramente está pesando las bajas coberturas en medicamentos, dental y psiquiatría, (que también redonda en medicamentos) de los planes privados y la falta de acceso expedito en el sector público. Además del uso preferente de la libre elección frente a planes cerrados en el sector privado. También está el factor precio de las prestaciones, ya que, evidentemente los precios del sector privado de proveedores de los mejores planes de isapre son bastante más altos que el resto lo que determina que los co-pagos sean mayores en términos absolutos.

iv) ¿Y el Rol del Estado?: Lamentablemente en esta encuesta no es posible recoger las transferencias para salud que el estado realiza y que podrían impactar en el gasto de bolsillo de los hogares del Gran Santiago. Pero es importante tener en cuenta los datos de referencia al respecto que emanan de las encuestas CASEN, a modo de tener claridad que este nivel de desigualdad en alguna medida es compensado por la acción del estado mediante subsidios a la oferta de salud.

Tanto en la encuesta CASEN 2000, como la CASEN 2003, esto fue medido considerando la totalidad de las atenciones y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Los resultados distributivos generales son los siguientes:

Cuadro 19:
Distribución del subsidio neto en salud por hogar según ingreso autónomo per cápita del hogar, años 2000 y 2003²⁴.

Año CASEN	1er Quintil	2do Quintil	3er Quintil	4to Quintil	5to Quintil
2000	47,5%	32,6%	20,2%	7,0%	-7,3%
2003	61,9%	31,7%	18,0%	4,1%	-15,8%

Fuente: Elaboración de los autores desde Mideplan 2001 y Mideplan 2004

Del cuadro se desprende dos aspectos importantes: primero que el gasto en subsidios por parte del estado es progresivo y segundo que la focalización de este gasto está mejorando y evolucionando a una estructura aún más progresiva entre los años 2000 y 2003. En efecto, los hogares más pobres gozan de un mayor nivel de transferencias y viceversa. Por otro lado, en el año 2000 el 47% del subsidio neto total estaba concentrado en el 20% de la población más pobre, en cambio en 2003 el 62% del subsidio pasó a estar concentrado en este grupo de hogares y por el contrario el quintil más rico recibe un beneficio de salud negativo que disminuyó desde -7% a -16%²⁵.

Finalmente en las encuestas CASEN, considerando la totalidad de los subsidios transferidos (salud, educación, etc.) el ingreso monetario de los hogares mejora, respecto del ingreso autónomo, de tal modo que los coeficientes de Gini también mejoran a nivel nacional, tal como se aprecia en el siguiente cuadro:

²⁴ El promedio del subsidio en salud en año 2000 fue de \$9.694 (Mideplan, 2001) y \$7.559 en 2003, ese año los hogares del primer decil recibieron, por este concepto, \$24.949 en promedio (Mideplan, 2004).

²⁵ De acuerdo a la metodología de valorización de los subsidios de salud, este efecto (signo menos), se produce al restar a las transferencias distribuidas por decil de ingreso autónomo per cápita del hogar, el co-pago efectuado por los beneficiarios.

Cuadro 20:
Indicadores de Distribución Nacional del Ingreso: Coeficiente de Gini Con y Sin
Subsidios estatales e Índice 20/20

	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2003
Coeficiente de Gini del Ingreso autónomo	0,58	0,57	0,58	0,57	0,58	0,58	0,57
Coeficiente de Gini del Ingreso monetario	0,57	0,57	0,55	0,56	0,57	0,57	
Índice 20/20 por hogar (ingreso Autónomo)	14,0	13,2	14,3	14,6	15,5	15,3	14,3

Fuente: Elaborado con datos Mideplan, 2001 y 2004 desde CASEN 1990 a 2003

Evaluando el Aporte Estatal a Salud al Nivel Municipal

Para precisar más el aporte estatal en salud, se ha escogido evaluar el ingreso para salud a nivel municipal, ello como aproximación a lo que reciben más directamente las familias como subsidio a la oferta, que complementa su gasto de bolsillo en salud, y sin ocuparnos del nivel de acceso. Es una metodología distinta y no directamente comparable con el trabajo con la encuesta INE-97, pero permite formarse una idea general.

Otros trabajos han mostrado que el ingreso municipal destinado a salud es progresivo considerando los municipios ricos y pobres de acuerdo a sus ingresos en relación a la cantidad de habitantes. No obstante, esta progresividad no se mantiene si se considera sólo el aporte municipal, es decir, sólo el aporte del MINSAL es progresivo entre municipios pobres y ricos medidos según los ingresos municipales. Por otra parte el esfuerzo municipal hacia salud es regresivo, en el sentido que los municipios más pobres deben destinar un mayor porcentaje de sus ingresos totales, a salud, que los municipios más ricos²⁶.

En este caso, para evaluar la equidad de la política estatal de financiamiento de la salud trabajamos con el ingreso de los municipios para salud por beneficiario inscrito en la atención primaria, y calculamos tanto las curvas de Lorenz como los coeficientes de Gini respectivos, a nivel de ingreso per-cápita municipal, diferenciando entre ingreso municipal per-cápita para salud y aportes del Minsal o Gobierno Central para salud, también percapitados, de acuerdo a la población inscrita en la Atención Primaria (APS)²⁷.

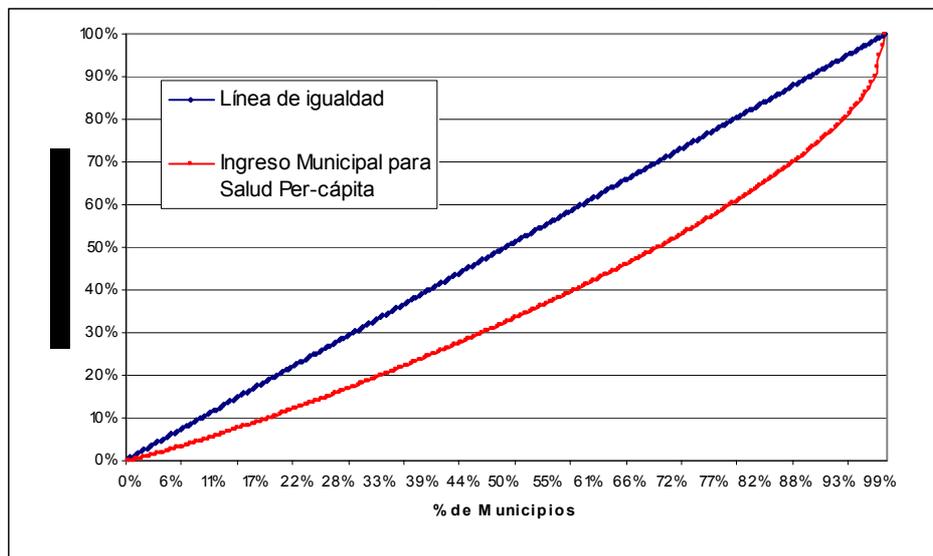
La evaluación de la equidad de los ingresos para salud, a nivel municipal, nos permite decir, en primer lugar, que estos ingresos son más equitativos que el ingreso monetario de los hogares de Chile y que el gasto de bolsillo en salud, al comparar con los coeficientes de Gini (gasto en salud a partir de INE, 1997) y CASEN. En segundo término, se aprecia una gran diferencia entre los ingresos destinados a salud provenientes del Gobierno Central o MINSAL y el de las Municipalidades, siendo el primero de ellos mucho más igualitario que el segundo.

²⁶ X. Riesco, et. al. 2005.

²⁷ Este método tiene varias limitaciones respecto del anterior. Primero los sujetos del análisis son los municipios y no los hogares, por lo tanto supone que los municipios y su distribución de ingresos para salud, quedan representados por un valor único que es la media por persona, es decir, no se puede concluir nada respecto de la desigualdad de los hogares entre municipios, ni al interior de ellos y tampoco sobre las desigualdades de los ingresos para salud al interior de cada municipio.

Visualmente los comentarios anteriores se pueden apreciar, primero en la curva de Lorenz del ingreso per-cápita municipal total para salud²⁸

Figura 17
Curva de Lorenz del Ingreso Municipal Total Per-cápita para Salud (Año 2002)

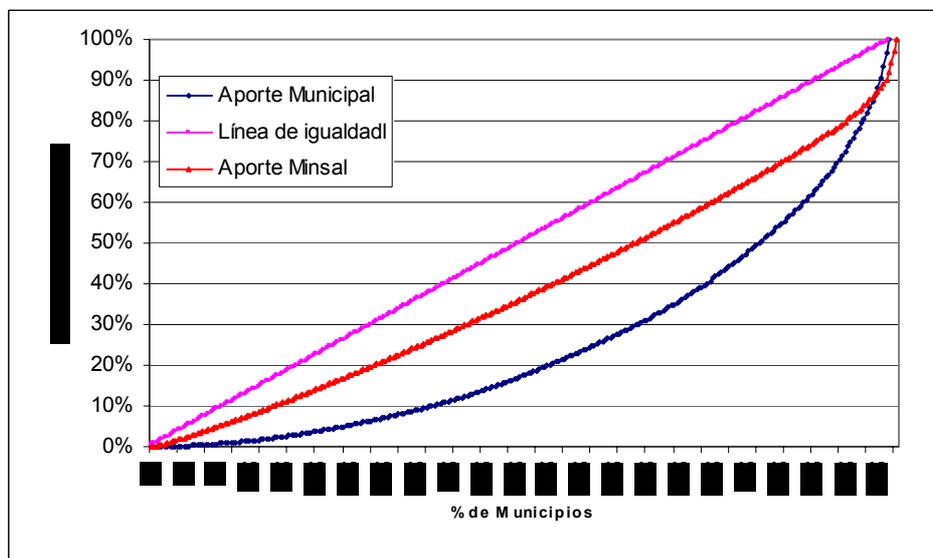


Fuente: Elaborado por los autores con datos SEGPRES, 2002 y MINSAL 2005.

Posteriormente, las diferencias descritas entre aporte municipal y central, se aprecian comparando las curvas de Lorenz del ingreso municipal per cápita para salud aportado por los municipios y los aportados por el gobierno central, a través del MINSAL.

²⁸ La información disponible del ingreso y gasto Municipal en salud, es incompleta, se ha escogido el mejor año 2002 de lo publicado (1999-2004), pero en las tres comparaciones se ha usado datos aproximadamente de un 80% DE LOS Municipios y hay que tener en cuenta que las municipalidades consideradas no coinciden por completo, es así que para el ingreso total para salud se consideraron 274 Municipios, para el aporte Municipal 275 y para el aporte del MINSAL 272. Cabe recordar que el total de Municipios es 342.

Figura 18
Curvas de Lorenz Comparadas: Aporte Minsal Per-cápita para salud y Aporte Municipal Per-cápita para Salud (Año 2002)



Fuente: Elaborado por los autores con datos SEGPRES 2002 y MINSAL 2005.

La diferencia es notoria. Esto último ratifica que la política de equidad es mejor focalizada desde el nivel central, que desde el nivel descentralizado, ya que este último tiende a reproducir la desigualdad existente en el país entre municipalidades ricas y pobres. Estos resultados se reflejan en los coeficientes de Gini obtenidos:

Cuadro 21
Coeficientes de Gini del Ingreso Municipal para Salud, Per-cápita: Total, Aporte MINSAL y Aporte Municipal (Año 2002)

Coeficiente de Gini	Valor	N° de Municipios
Gini del ingreso Municipal para Salud per cápita: Total	0,401	274
Gini del Ingreso Municipal para Salud per cápita Aporte MINSAL	0,382	272
Gini del Ingreso Municipal para Salud per cápita: Aporte Municipal	0,528	275

Fuente: Cálculos de los autores

En efecto, el coeficiente de Gini para el ingreso municipal total per-cápita destinado a salud es 0,40, lo que muestra un bajo nivel de inequidad, pero el Gini del ingreso Municipal, aún cuando es menor que el de gasto de bolsillo estudiado (Gini de 0,57) desigualdad general en salud, es bastante alto con un 0,53. Además el aporte al ingreso municipal per-cápita del nivel Central, que es cerca de un 65% del aporte total, es bastante más equitativo con un Gini de 0,38²⁹.

²⁹ El coeficiente de Gini del ingreso de hogares promedio por comunas fue de 0,48 en la CASEN, 2000, con un rango de 0,35 y 0,74, para 284 municipios (Subramanian, et.al. 2003). Este es un mejor parámetro de comparación que el Gini nacional, en este caso.

De esta forma podemos decir que el nivel y desigualdad del gasto de bolsillo en salud, en parte es compensado por la política de financiamiento estatal. No obstante, ello no alcanza a evitar esta desigualdad del gasto directo de las familias en salud y además, la política de financiamiento es más o menos desigual, dependiendo de los organismos que toman las decisiones de financiamiento, es decir, si el presupuesto se define a nivel centralizado o descentralizado. La desigualdad mayor a nivel descentralizado es el lógico reflejo de los niveles de riqueza de los municipios, y de la no existencia de políticas que perfeccionen la asignación de estos ingresos para salud.

8. Conclusiones

8.1 Análisis Agregado

El segundo lugar en importancia, para el financiamiento global de la salud en Chile, son los gastos de bolsillo que representan el 27% del total del financiamiento. Pero la distribución del financiamiento del gasto de bolsillo, difiere entre el sector público y privado, siendo un 22% en Fonasa y 33% en las Isapre. Por otra parte, el impacto en aquellos que no tienen sistema de aseguramiento es significativo, deben cancelar prácticamente la totalidad de los costos y el gasto de bolsillo representa el 47% del gasto total que se realiza fuera del sistema Fonasa - Isapres.

El impacto agregado del gasto de bolsillo en salud, considerando el sistema Isapre – Fonasa, los otros sistemas que otorgan cobertura como las FF.AA. y mutuales y los gastos de los no afiliados, representa el 33%.

El financiamiento del gasto en fármacos es el 44,4% del total del financiamiento del gasto de bolsillo y el 12% del total del financiamiento Isapre y Fonasa.

Estas cifras de gasto de bolsillo, ponen a Chile en un nivel promedio en América latina y lejos de los países desarrollados.

8.2 Análisis de Co-pagos por Caso

Los co-pagos por prestación o por caso en el sistema Isapre, alcanzan en promedio el 35% del valor cobrado a los usuarios por cada prestación. Estos co-pagos se diferencian de manera significativa entre prestaciones ambulatorias que muestran un co-pago promedio de 41.4% por evento y las prestaciones Hospitalarias, con un co-pago promedio de 27.5% por evento. Si embargo, la diferencia entre nivel de atención, en promedio, no parece significativa por sexo. Pero los co-pagos, en mujeres, son más altos en términos agregados, que en hombres, en un 36%., como resultado de la mayor utilización de prestaciones.

Los promedios de co-pagos en isapres, tienden a aumentar en la medida que los eventos se asocian a personas de mayor edad, en los eventos ambulatorios. Los co-pagos a nivel de eventos hospitalarios, son notablemente menores para niños. Los co-pagos promedio hospitalarios para mujeres, son más altos que para los hombres en un importante tramo de edad, esto es, desde los 25 a los 70 años. En cambio, los co-pagos promedios de atenciones ambulatorias, son claramente más altos cuando están asociados a hombres hasta los 25 años y luego de los 60 años. Por último, cabe destacar que los co- pagos por evento en el sistema isapre han ido aumentando en el tiempo, entre 2001 y 2004 aumentaron en un 10%.

En el caso del sector público, los co-pagos hospitalarios promedio son más altos desde los 40 años en adelante y en las mujeres, desde los 45 años. En todo el rango de edad los co-pagos promedio para los hombres son más altos que para las mujeres. A diferencia del sistema

privado, los co-pagos hospitalarios son menores que la media en las mujeres entre 15 y 45 años y en los hombres en el tramo 15 a 24 años. No obstante, los co-pagos en menores en el sector privado pueden llegar a ser bastante más bajos, en términos relativos, que en el público. Asimismo, los co-pagos relativos en adultos mayores hombres son un poco mayores al promedio en el sector público, que en el sector privado.

La diferencia de montos de co-pago por evento es significativa. El co-pago hospitalario en isapres es 11,6 veces superior que en Fonasa.

El impacto de los co-pagos en los ingresos imponibles de los cotizantes del sistema privado, cuando se atiende tanto en clínicas privadas como en hospitales públicos, es regresivo y sus montos hacen presumir que los co-pagos de este tipo son muy importantes en el gasto de bolsillo total de los hogares. La regresividad es producto de que el diseño de los planes en el sector privado favorece la capacidad de pago, es decir, a mayor nivel de cotización, menores son los co-pagos.

8.3 Análisis de Co-pagos Esperados Per-cápita

A nivel del sistema isapre, los grupos que pueden esperar tener co-pagos altos, respecto del promedio general, son los niños de 0 a 4 años de edad, en la atención ambulatoria, las mujeres entre 25 y 35 años y luego de los 50 años, en la atención ambulatoria; las mujeres luego de los 55 años en la atención hospitalaria, y los hombres desde los 60 años en la atención ambulatoria y hospitalaria.

Al analizar los co-pagos esperados por cada nivel de atención, se muestra que el riesgo de co-pago alto en la atención hospitalaria, se manifiesta en las mujeres a partir de los 20 años, mientras que en los hombres el co-pago esperado comienza a ser muy alto desde los 55 años. En lo ambulatorio, se ve que los co-pagos esperados son altos para los hombre 0 a 4 años, de 25 a 29 años y después de los 55 años. En cambio para las mujeres son levemente altos de 0 a 4 años y más altos que el promedio en todo el tramo superior a los 20 años. En ambos casos son crecientes luego de superar el promedio en estas edades adultas.

Para los beneficiarios del Fonasa, los co-pagos esperados per-cápita hospitalarios, (teniendo en cuenta que los niveles absolutos, entre sector público y privado, son totalmente diferentes), en términos relativos, son superiores al promedio en niñas de 0 a 4 años, mujeres de 40 a 49 años.

Los co-pagos esperados son más desiguales y mucho más altos en el sector privado hospitalario, que en el sector público.

8.4 Análisis de Impacto del Gasto de Bolsillo en Salud en los Hogares

Sólo dos variables son estadísticamente significativas al estimar los determinantes de los gastos catastróficos: pertenecer al quintil más alto y ser adulto mayor. Por otro lado el 71% de los gastos de bolsillo corresponden a medicamentos y este ítem tiene mayor importancia en los grupos más pobres.

El gasto más importante ocurre en medicamentos, segundo pero lejos en importancia aparece el co-pago por consulta médica, luego aparece el ítem dentista y el de aparatos y detrás el co-pago por atención hospitalaria.

De acuerdo a los parámetros previamente definidos por la OMS, el 2% de los hogares realiza gastos catastróficos. No obstante, el 14% de los hogares realiza gastos por sobre el 10% del ingreso disponible.

Quienes gastan más en salud desde sus bolsillos, son los que disponen de más recursos, es decir, los grupos de mayores ingresos, tanto en términos absolutos como relativos. El quintil más rico gasta 40 veces más que el más pobre. Los hogares más pobres casi no gastan porque no tienen como y los más ricos lo hacen para asegurar su salud y la atención conforme sus expectativas

En este estudio de la Superintendencia, usamos el instrumental similar al usado en la literatura internacional de equidad del gasto en salud, estudiando la situación, mediante Curvas de Lorenz, cuando se considera el gasto de los hogares sin el gasto en salud y luego se agrega la parte dedicada a salud del gasto familiar la curva se desplaza, aunque levemente, es decir, se vuelve más convexa, lo que indica un aumento del coeficiente de Gini y por lo tanto de la inequidad.

Mirado desde los ingresos, el gasto en salud tiene efecto sobre la distribución del ingreso, considerando el alto nivel de regresividad de los ingresos que caracteriza a los hogares en Chile. En efecto, al calcular el coeficiente de Gini del ingreso autónomo total resulta en 0,55 y compararlo con un coeficiente de Gini del ingreso autónomo total menos el gasto en salud de cada hogar, que se ha calculado en 0,56. Es decir, el gasto de bolsillo en salud es desigual e inequitativo y tiene un efecto sobre la distribución del ingreso.

En efecto, el gasto de bolsillo en salud está muy concentrado, el coeficiente de Gini del gasto en salud de los hogares es alto (0,57), pero tiende a mejorar marginalmente la distribución de los ingresos existente, producto de que puede ser realizado en mayor medida por quienes tienen mayor capacidad de pago. Así el gasto de bolsillo en salud es altamente desigual y es proporcionalmente mayor en los hogares de mayor ingreso, sólo ello explica que al hacer el ejercicio de sustraer el gasto de bolsillo y luego agregarlo al ingreso, el coeficiente de Gini para los ingresos, mejore levemente. Es decir, los grupos de mayores ingresos realizan gasto directo en salud, más allá de la brecha de ingresos respecto de los grupos de menores ingresos

El gasto en subsidios en salud por parte del estado, ayuda a corregir la situación descrita, dado que es progresivo y su focalización ha ido mejorando. El nivel y desigualdad del gasto de bolsillo en salud, en parte es compensado por la política de financiamiento estatal.

La política de financiamiento es más o menos desigual, dependiendo de los organismos que toman las decisiones de financiamiento, es decir, si el presupuesto se define a nivel centralizado o descentralizado. La desigualdad mayor a nivel descentralizado es el lógico reflejo de los niveles de riqueza de los municipios, y de la no existencia de políticas que perfeccionen la asignación de estos ingresos para salud.

Con este análisis podemos afirmar que a mayor ingreso mayor gasto directo en salud, probablemente porque los sectores de mayores ingresos suplen las deficiencias de sus planes de salud con gasto directo. En cambio los más pobres deben conformarse con el no acceso a las prestaciones de difícil disponibilidad y su poco nivel de gasto absoluto, se realiza casi por completo en medicamentos.

9. Referencias

Commission for Social Determinants of Health, WHO, Geneva _____ 2005

Cid C. (2005). "Diagnoses-Based Risk Adjustment Model for Improving Solidarity and Efficiency: First Proposal for Chilean Health Care System and Comparison with the Demographic Model". Draft de tesis para PhD en Economía de la Salud. Department of Economics, Institute for Health Care Management, University of Duisburg-Essen. Essen.

Cid C. Riesco X. (2005). "Evaluación de Servicios de Salud Mediante Ajuste por Riesgos con Diagnósticos: Uso del Modelo DxCG para Servicios de Salud en Chile". Borrador en Edición para el MINSAL.

Christopher J.L. Murray, Ke Xu, Jan Klavus, Kei Kawabata, Piya Hanvoravongchai, Riadh Zeramdini, Ana Mylena Aguilar-Rivera, David B. Evans (?). "Assessing The Distribution of Household Financial Contributions to the Health System: Concepts and Empirical Application".

FONASA. Boletín Estadístico, 1999 – 2000 y Boletín Estadístico 2002 – 2003.

FONASA - OPS (2001). "Cuentas nacionales de salud, año 2000".

Hernández S., Sandoval H., Delgado I. (2005) "Las diferencias entre lo público y lo privado" en "En la perspectiva de la equidad. Determinantes sociales de la salud en Chile". Jadue L., Marín F. (editoras), pags. 21-28, Octubre 2005.

Holst Jens (2002). "El Sistema previsional de salud: Problemas de equidad y selección intermedia de riesgos". Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Proyecto sectorial.

Iniciativa Reforma Sector Salud. LACASS (1999). "Línea Basal para el Seguimiento y la Evaluación de las Reformas del Sector Salud en América Latina" Ediciones Especiales N°2.

Ke Hu, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christofer J L Murray (2003). "Household catastrophic health expenditures: a multicountry analysis". The Lancet, Vol 362, July 12, 2003.

Koolman X. and van Doorslaer E. (2003). "On the interpretation of a concentration index of inequality". Department of Health Policy & Management, Erasmus University. Rotterdam, The Netherlands.

Ministerio de Planificación y Cooperación (2000). "Impacto Distributivo del Gasto Social 2000. Informe Ejecutivo". Mideplan, Julio de 2001. Disponible en www.mideplan.cl.

Ministerio de Planificación y Cooperación (2004). "CASEN 2003. Principales Resultados Salud". Disponible en www.mideplan.cl

Ministerio de Salud (1999). "Una Contribución al Fortalecimiento del Sector Salud Chileno. Informe de Evaluación Proyectos Minsal-Banco Mundial". Unidad Coordinadora de Proyectos Minsal-Banco Mundial, Agosto, 1999.

Ministerio de Salud. Unidad de Economía de la Salud (2004). Informe sobre Equidad en Salud. M. Matus. Borrador, Diciembre de 2004.

Mitnik O (1999). "Notas Docentes sobre Distribución del Ingreso y Pobreza". Programa de Postgrado en Economía ILADES/Georgetown University, Enero 1999. www.ilades.cl

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). "Financiamiento de los sistemas de salud y el análisis del impacto del gasto de bolsillo en los hogares". Departamento del Financiamiento de los Sistemas de Salud. Presentación de Ana Mylena Aguilar-Rivera, Agosto de 2005.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1998). "La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud". OPS-OMS, Junio 1998.

Rawls John (1971). "Teoría de la Justicia". Fondo de Cultura Económica, México, 1978.

Riesco X. y colrs. (2005) "Evaluación del Financiamiento y Gestión de los Flujos Financieros en APS en Chile". Departamento de Economía de la Salud. División de Planificación Sanitaria-MINSAL. Mimeo.

Sapelli C., Vial B. (1998). "Utilización de Prestaciones de Salud en Chile: ¿Es Diferente entre Grupos de ingreso?. Cuadernos de Economía Universidad Católica de Chile. Año 35, N°106, pp. 343-382. Diciembre de 1998.

Sapelli C., Vial B. (2001). "Self Selection and Moral Hazard in Chilean Health Insurance". Documento de Trabajo N°195, Instituto de Economía. Universidad Católica de Chile, Agosto, 2001. Disponible en: www.puc.economía.cl.

Superintendencia de Isapres (2004). "Propuesta Evaluación de la Reforma". Preparado por J. Labbé y M. Concha. Departamento de Estudios, Agosto de 2004.

Superintendencia de Salud (2005). "Análisis General de los Egresos Hospitalarios Año 2004". Preparado por R. Tegtmeier. Departamento de Estudios y Desarrollo, Septiembre de 2005.

Superintendencia de Salud (2005). "Evaluación de la Reforma Segunda Parte: Determinación de Líneas Basales". Preparado por C. Cid, E. Salazar. Departamento de Estudios y Desarrollo, Septiembre de 2005.

Superintendencia de Salud (2005). "Ranking de Salud Regional Chile 2005". Documento de Trabajo preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Junio 2005.

Superintendencia de Salud (2005). "Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Beneficiarios de Isapres. Validez del cuestionario EQ-5D". Documento de Trabajo preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Junio 2005.

Superintendencia de Salud (2005). "Perfil del estado de Salud de Beneficiarios de Isapres". Documento de Trabajo preparado por P. Olivares. Departamento de Estudios y Desarrollo, Marzo 2005.

The World Bank. Latin America and the Caribbean Region (2005). "Beyond Survival. Protecting Households From the Impoverishing Effects of Health Shocks. Regional Study". Preliminary Draft June 14, 2005.

Wagstaff Adam, van Doorslaer Eddy (1992). "Equity in the Finance of health care: Some international comparisons". Journal of Health Economics 11 (1992) 361-387. North Holland.

Wagstaff A., van Doorslaer E. (1996). "Progressivity, horizontal equity and reranking in health care finance: a decomposition analysis for the Netherlands". Journal of Health Economics 16 (1997) 499-516.

Wagstaff Adam, van Doorslaer Eddy (2000). "Equity in Health Care Finance and Delivery". En Handbook of Health Economics, Volume 1, Edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse.

Wagstaff Adam (2001). "Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index". Development Research Group and Human Development Network. World Bank.

Wagstaff A. and van Doorslaer E. (2002). "Overall vs. Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations"

10. Anexo

Análisis Adicionales en Desarrollo

Se puede desarrollar una alternativa para profundizar en la medición de la equidad del gasto de bolsillo en salud. En particular, se muestra el nivel de equidad vertical y horizontal de dicho gasto, y el efecto redistributivo que puede generar para establecer un nivel de base de esta situación en Chile. Aquí se presenta un avance de la metodología.

a) Equidad vertical y horizontal del gasto de bolsillo en salud: Chile 1997.

Basados en la Metodología de Wagstaff-van Doorslaer, 2000, en esta sección se ofrece una alternativa para profundizar en la medición de la equidad del gasto de bolsillo en salud. En particular, se muestra el nivel de equidad vertical y horizontal de dicho gasto, y el efecto redistributivo que puede generar para establecer un nivel de base de esta situación en Chile. Ello sólo es posible con una encuesta que relaciones salud y gasto en salud con ingresos de hogares, como lo hace la encuesta de presupuestos familiares del INE 1997.

Cabe tener presente que este es un análisis complementario al de OMS, dado que a diferencia de éste el análisis a la Wagstaff 2001, profundiza en la distribución de gasto entre distintos grupos sociales, a diferencia del de la OMS que profundiza en la probabilidad de que un gasto catastrófico provoque la pobreza en los hogares.

De este modo lo que se mide es lo siguiente:

$$RE = V - H - R,$$

Donde,

$$V = (g/1-g)K,$$

$$H = a_x G_{F(x)}$$

$$R = G_{x-p} - C_{x-p}$$

Donde además,

RE= efecto redistributivo

V= equidad vertical

H= equidad Horizontal

R= Índice de redistribución

g= Parte del ingreso dedicada a gasto en atención de salud

K= Índice de Kakwani

G=Coefficiente de Gini

C=Gini post pago salud

Es posible construir estos indicadores con los datos de la encuesta INE 1997. Esto será desarrollado en estudios posteriores.