

## Análisis

Medwave 2014;14(4) doi: 10.5867/medwave.2014.04.5958

# Desafíos para la reforma del financiamiento del sistema de salud en Chile

Challenges facing the finance reform of the health system in Chile

**Autora:** Tania Herrera Martínez <sup>(1)</sup>

**Filiación:**

<sup>(1)</sup>Ministerio de Salud, Chile

**E-mail:** [tshm17@hotmail.com](mailto:tshm17@hotmail.com)

**Citación:** Herrera T. Challenges facing the finance reform of the health system in Chile. *Medwave* 2014;14(4) doi: 10.5867/medwave.2014.04.5958

**Fecha de envío:** 30/4/2014

**Fecha de aceptación:** 19/5/2014

**Fecha de publicación:** 28/5/2014

**Origen:** solicitado

**Tipo de revisión:** con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

**Palabras clave:** health financing, Chilean health system

## Resumen

El financiamiento es una de las funciones claves de los sistemas de salud, el cual contempla los procesos de recolección, mancomunación y uso de los fondos con el objetivo de asegurar el acceso a la atención de salud de toda la población. El artículo analiza el modelo de financiamiento del sistema de salud chileno en cuanto a los dos primeros procesos, constatándose que éste se caracteriza por un bajo gasto público y un alto gasto de bolsillo en cuanto a las fuentes de financiamiento, además de una apropiación de fuentes públicas por parte de las aseguradoras privadas. Respecto a la mancomunación de fondos se aprecia que existe una carencia de solidaridad y distribución de los riesgos, lo que produce una segmentación de la población que no se condice con el concepto de seguridad social, atenta contra la equidad y resta eficiencia al sistema completo. En el contexto de la creación de la comisión de reforma a las instituciones de salud previsional, se establece la urgencia de subsanar estos problemas teniendo en cuenta no sólo atención de las enfermedades, sino también la perspectiva de salud pública y el reforzamiento del modelo de atención primaria para asegurar el derecho a la salud de toda la población.

## Abstract

Financing is one of the key functions of health systems, which includes the processes of revenue collection, fund pooling and acquisitions in order to ensure access to healthcare for the entire population. The article analyzes the financing model of the Chilean health system in terms of the first two processes, confirming low public spending on healthcare and high out-of-pocket expenditure, in addition to an appropriation of public resources by private insurers and providers. Insofar as pooling, there is lack of solidarity and risk sharing leading to segmentation of the population that is not consistent with the concept of social security, undermines equity and reduces system-wide efficiency. There is a pressing need to jumpstart reforms that address these issues. Treatments must be considered together with public health concerns and primary care in order to ensure the right to health of the entire population.

## Introducción

Una de las funciones claves de los sistemas de salud corresponde al financiamiento, la cual se entiende según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema, de modo de asegurar el acceso de

toda la población tanto a los servicios de salud pública como a los cuidados individuales [1].

Los sistemas de financiamiento cumplen tres funciones interrelacionadas: recolección de fondos, que tiene que ver con las fuentes de financiamiento del sistema;

mancomunación de fondos que determina la distribución de los riesgos financieros entre toda la población; y uso de los fondos para suministrar los servicios que se relacionan con los mecanismos de pago [1].

Cada país elige el modelo de financiamiento para su sistema de salud, a través de distintas combinaciones de las funciones antes nombradas. Esta configuración no sólo está determinada por las necesidades de salud, sino fundamentalmente por las tensiones sociopolíticas que se presentan en el escenario nacional. En Chile se refleja a lo largo de la historia de su sistema de salud cómo la coyuntura política ha determinado avances o limitaciones en relación a las desigualdades en salud y cómo en la actualidad, a pesar de los diagnósticos que se han realizado, no se ha logrado el consenso político que permita ejecutar las reformas que se requieren [2].

En el contexto de la convocatoria realizada por el actual gobierno de Michelle Bachelet para la formación de una comisión que proponga cambios al sistema de instituciones de salud previsual, este artículo se concentra en analizar el modelo de financiamiento del sistema de salud chileno, de manera de ser un aporte a esta discusión. Para este análisis se realizó una revisión de cifras oficiales publicadas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y por instituciones chilenas como el Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud, respecto al gasto en salud en Chile. También se consultaron artículos publicados en revistas científicas, documentos de análisis y artículos de opinión disponibles en internet. El análisis se enfoca especialmente en las funciones de recolección y mancomunación de fondos. Éste se realiza considerando los principios de solidaridad, equidad y eficiencia, como básicos para la materialización efectiva del derecho al mayor nivel de salud posible para toda la población.

### Las fuentes de financiamiento

El suministro de recursos para financiar un sistema de salud proviene de diversas fuentes, las que se pueden clasificar en tres tipos: financiamiento público vía impuestos generales, contribuciones a la seguridad social que también corresponden a gasto público, y gasto privado de los hogares que puede realizarse a través de seguros de salud privados o a través del gasto de bolsillo [3]. En Chile existe una combinación de todas las fuentes de financiamiento como se verá a continuación.

Según los datos de la OCDE, el año 2011 Chile dedicó 7,4% de su producto interno bruto (PIB) para salud. En cifras absolutas corresponde a 1.568 dólares estadounidenses (USD) per cápita, por debajo del 9,3% del PIB (o 3.339 USD per cápita) que gastan en promedio los países de la OCDE [4]. Según los datos del Fondo Nacional de Salud el total de gasto en salud, incluyendo el aporte fiscal interinstitucional y el aporte municipal, correspondió a 7,6% del PIB para este mismo año.

En cuanto al gasto público en salud del año 2011, la OCDE señala que en Chile éste correspondió a 46,9% del gasto

total [5], mientras que el Fondo Nacional de Salud muestra que este aporte sería del 57,8% [6]. Sin embargo, el Fondo Nacional de Salud considera dentro de este gasto público los recursos provenientes de la cotización obligatoria de la población adscrita a instituciones de salud previsual, recursos que si bien corresponden a fuentes públicas en la teoría, en la práctica no forman parte de los dineros disponibles para el sistema completo. Por lo tanto, en estricto rigor corresponden a gasto privado [7].

Este traspaso hacia el sector privado genera que el Estado no disponga de estos recursos para financiar el sistema de salud, recursos que derivan del 16% de la población de mayores ingresos. Con ello resulta que casi la mitad de lo recaudado bajo el concepto de seguridad social sólo estará disponible para los propios afiliados a las instituciones de salud previsual [7]. Por ejemplo, la recaudación de las instituciones de salud previsual por este concepto durante el año 2011 ascendió a 1,9 millones de dólares (1% del PIB) y el total de recursos captados por la cotización obligatoria fue de 4,1 millones de dólares [6],[8].

Así el gasto público de 2011 fue de sólo un 3,4% del PIB, 44,7% del gasto total. Este porcentaje de gasto público es muy inferior al que presentan los países de la OCDE, cuyo promedio es de 72,2% [4]. El 70% del gasto público en salud corresponde al aporte fiscal derivado de impuestos generales y el 30% a las cotizaciones previsionales recaudadas por el Fondo Nacional de Salud [6].

Desde otro punto de vista, del total de gasto en salud 30% corresponde a aporte fiscal, 25% a las cotizaciones obligatorias recaudadas por el Fondo Nacional de Salud e instituciones de salud previsual y el otro 45% corresponde a gasto privado propiamente tal. La Tabla 1 muestra la distribución del gasto total en salud en Chile para el año 2011. Esta tabla fue elaborada a partir de los datos del Boletín Estadístico 2012 del Fondo Nacional de Salud y de la información sobre resultado de las instituciones de salud previsual de la Superintendencia de Salud.

Al analizar el gasto privado el mismo año 2011, 36,9% del gasto total en salud correspondió a gasto de bolsillo (65% del gasto privado considerando las cotizaciones a las instituciones de salud previsual y 80% sin considerarlas). Dicha situación ubica al país como uno de los que presenta mayor porcentaje de este tipo de gasto entre los países de la OCDE [5], [9]. El gasto de bolsillo es el gasto en salud que más impacto tiene en el presupuesto del hogar y la fuente de financiamiento más inequitativa y menos eficiente. Este gasto puede tornarse en un evento catastrófico para las familias, produciendo que éstas caigan bajo la línea de la pobreza, por lo que es un factor clave de considerar a la hora de buscar atención en salud [7], [10].

Se puede enunciar entonces que las fuentes de financiamiento del sistema de salud chileno son en su

mayoría privadas y fundamentalmente derivadas del gasto de bolsillo [11], [12].

### La función de mancomunación de fondos

Conocida también como *pooling*, la mancomunación de fondos es la forma principal de distribuir los riesgos en forma equitativa entre los participantes de un colectivo. En esta búsqueda de la equidad, un sistema de salud no sólo debe asegurar subsidios cruzados desde las personas de bajo riesgo a las de alto riesgo, sino que también debe generar subsidios cruzados según el ingreso [1]. Así, la solidaridad estará presente cuando el acceso a los servicios de salud sea independiente de los aportes al sistema y a la capacidad de pago de bolsillo de las personas [13].

Como ya se ha señalado, en el modelo chileno existen dos subsistemas que realizan la mancomunación de los fondos: el Fondo Nacional de Salud que actúa como seguro público y el sistema de instituciones de salud previsual. Estas últimas corresponden a las aseguradoras privadas, pero que recaudan las cotizaciones obligatorias de la seguridad social del segmento con mayores ingresos de la población (se excluye de este análisis la administración del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y los sistemas de salud de las fuerzas armadas). El sistema de instituciones de salud previsual, que funciona según la lógica de un seguro privado, selecciona a sus cotizantes según su riesgo individual discriminando a aquellos que se presume tendrán mayores necesidades en salud (adultos mayores, mujeres en edad fértil, niños, enfermos crónicos), cobrando primas diferenciadas según este riesgo por sobre el 7% obligatorio [14].

Esto ha producido que en el sistema de salud en general exista una marcada segmentación de la población de acuerdo a los riesgos. El subsistema público concentra más del 80% de la población mayor de 70 años y más del 70% de las mujeres en edad fértil, al mismo tiempo que sus afiliados provienen predominantemente de los quintiles con menores ingresos. Al contrario, en el subsistema privado se observa que sus afiliados son fundamentalmente de la población de mayores ingresos y con menores riesgos de salud (hombres jóvenes) [1].

De esta forma, cada beneficiario del sistema de instituciones de salud previsual dispone de 47,5% más de financiamiento que un usuario del sistema público en relación a los gastos asistenciales. En consecuencia, la seguridad social chilena no distribuye los riesgos entre los miembros de la sociedad ni genera subsidios cruzados entre distintos niveles de ingreso [1],[6].

### Discusión

En Chile existe un bajo gasto público en salud y un alto gasto de bolsillo, a lo que se agrega el traspaso de recursos públicos hacia aseguradoras privadas que no funcionan en términos de solidaridad ni distribución de riesgos. Las fuentes de financiamientos que predominan presentan un carácter individual más que colectivo, lo que

es contrario a la concepción de la protección social de la salud y a su consideración como un derecho.

Es necesario avanzar hacia un modelo de financiamiento colectivo de la salud, que reduzca los gastos de bolsillo y aumente los aportes públicos como fuentes de financiamiento, así como también que recupere las cotizaciones previsionales traspasadas a las instituciones de salud previsual y asegure los subsidios cruzados en relación a los riesgos y los ingresos.

Para Camilo Cid, la solución funcional al sistema actual sería el establecimiento de un fondo solidario único y una prima comunitaria amplia que lo financie y que permite la compensación equitativa de los riesgos. Las instituciones de salud previsual se mantendrían con la administración de estos fondos pero con la obligatoriedad de aceptar a todas las personas que le soliciten ingreso, independiente de la edad, sexo o riesgo de enfermar [15].

Esta solución recupera el 7% de cotización obligatoria para la mancomunación de fondos en un sistema solidario único que permite la participación de múltiples aseguradoras y cuyo financiamiento se complementaría con los impuestos generales necesarios para financiar el aporte de los carentes de recursos [16]. Sin embargo, la propuesta se centra en la concepción de salud como un tema individual, ya que no se discute el mecanismo de financiamiento de los problemas de salud pública ni tampoco tiene relación con el modelo de salud familiar y comunitaria que es necesario fortalecer en la atención primaria de salud. En la actualidad, los afiliados a las instituciones de salud previsual no cuentan con acceso a este enfoque de salud colectiva y la propuesta de financiamiento tampoco recoge este déficit.

Por otra parte, la propuesta de Cid *et al* señala que cada aseguradora deberá tener una red de prestadores acreditados, pero que no se permitirá la integración vertical del sistema para evitar el manejo de los precios y los problemas de calidad que se pudieran presentar [16]. No obstante, existen numerosas ventajas de la integración vertical para un sistema de salud: disminución de los costos de transacción, eficiencia en la asignación de recursos, efectos en la coordinación, entre otros [17]. El problema surge cuando esta integración vertical se da en el marco del mercado de la salud, ya que impide la competencia tanto en la prestación de servicios de salud como en el aseguramiento. Se desprende entonces que la propuesta consagra el mercado de la salud como "la forma" de ofrecer salud a la población.

Además, cabe considerar la necesidad de que el sistema de financiamiento tenga un componente redistributivo que compense las inequidades existentes en la sociedad, lo que implica que la intervención debería ser progresiva. La cotización del 7% obligatorio para salud funciona en la práctica como un impuesto al trabajo, donde quienes están obligados a cotizar son los trabajadores dependientes (la obligatoriedad para los independientes comienza en 2015) y excluye a los trabajadores informales. Además, este impuesto tiene un tope de 4,92 unidades de fomento (208 USD), que corresponde a un

salario mensual de 70,3 unidades de fomento (2.980 USD) [16]. Es así como quienes ganan más de esta cantidad cotizarán progresivamente menos a mayores ingresos, por lo que la cotización, al tener tasa única y tope, en realidad es un impuesto regresivo.

A todo lo anterior hay que agregar el hecho de que las instituciones de salud previsional que administran el 7% de cotización obligatoria tienen fines de lucro, y están finalmente lucrando con recursos públicos, lo que es éticamente cuestionable tal y como se ha discutido en el tema de la educación. Las instituciones de salud previsional en la actualidad son uno de los negocios más rentables: las utilidades netas obtenidas entre enero y septiembre de 2012 alcanzaron los 66 mil millones de pesos, más que triplicando al mismo período del año anterior [18].

Hoy en Chile se está en discusión una reforma tributaria cuyo objetivo es captar recursos que estén disponibles para asegurar el financiamiento de gastos permanentes contemplados para áreas sociales como educación y salud. En este contexto es posible pensar en un modelo de financiamiento público basado en impuestos generales como fuente de ingresos, que por su carácter progresivo permitiría reducir la carga financiera de las familias, y en un sistema de mancomunación de fondos que garantice la distribución de los recursos en relación a las necesidades de salud. Ello incluye el financiamiento de la salud pública, las inversiones y el modelo de atención primaria.

Pero considerando el contexto socio-político actual, la mantención del sistema de seguridad social con cotizaciones obligatorias implica desarrollar un mecanismo que permita la progresividad de este impuesto. En cuanto a la mancomunación de fondos, es imprescindible desarrollar un fondo único que garantice la redistribución de los riesgos y de las rentas. Para la administración de estos recursos, los multiseguros sólo podrían considerarse a través de instituciones sin fines de lucro. A este mecanismo hay que agregar el financiamiento por impuestos generales que cubriría los problemas de salud pública y la atención primaria, a la cual toda la población debería tener acceso.

Por último, es urgente aumentar el gasto público en salud como porcentaje del PIB de modo de asegurar que la cantidad de recursos disponibles cubrirán las necesidades de salud del país.

## Conclusión

Chile presenta un modelo de financiamiento en salud que no responde a los valores de solidaridad, equidad y eficiencia que se espera tenga un buen sistema de salud. La recolección de fondos está dada en una proporción muy alta por el gasto de bolsillo, y una parte importante de los recursos públicos son absorbidos por el sistema privado a través de la administración de las cotizaciones obligatorias por parte de las instituciones de salud previsional. En cuanto a la mancomunación de fondos, el sistema mixto

público y privado produce una segmentación de la población entre ricos y sanos *versus* pobres y enfermos. Es urgente realizar una reforma de este modelo. En este sentido, la comisión encargada de proponer cambios al sistema de instituciones de salud previsional tiene una oportunidad histórica de dar los pasos necesarios para subsanar los problemas que se describen en este artículo. Además, la comisión debe sentar las bases para avanzar hacia un sistema de salud que considere la salud como un derecho de las personas.

## Notas

### Declaración de conflictos de intereses

La autora ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declara no haber recibido financiamiento para la realización del artículo, ni tener intereses comprometidos con la materia del mismo.

## Referencias

1. Vergara M, Martínez M. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública Mex.* 2006;48(6):512–21. | [Link](#) |
2. Labra M. La reinversión neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad Saúde Pública.* 2002;18(4):1041-1052. | [Link](#) |
3. Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. Funding health care: options for Europe. Philadelphia: WHO, 2002. | [Link](#) |
4. Organización para la cooperación y el desarrollo económico. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013 Chile en comparación. *oecd.org* [on line]. | [Link](#) |
5. Public expenditure on health as a percentage of total expenditure on health, 2013. *oecd-ilibrary.org* [on line]. | [Link](#) |
6. FONASA. Boletín estadístico 2011 - 2012. *fonasa.cl* [on line]. | [Link](#) |
7. Bachelet VC. Inequality in health – OECD statistics for Chile. *Medwave* 2011;11(09):e5128. | [CrossRef](#) |
8. Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud. Resultados financieros del sistema ISAPRE a diciembre del 2011. *supersalud.gob.cl* [on line] | [Link](#) |
9. Castillo C, Villalobos P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Rev Med Chile.* 2013;141(11):1456-1463. | [CrossRef](#) |
10. Cid C, Prieto L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Rev Panam Salud Pública.* 2012;31(4):310–6. | [Link](#) |
11. Peticaria M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Serie de políticas sociales N°41. Santiago, Chile: CEPAL, 2008. | [Link](#) |
12. Goyenechea M. Medicamentos y el lucro en Salud. El quinto poder. 21 de abril, 2013. *elquintopoder.cl* [on line] | [Link](#) |
13. Centro de Estudios para América Latina. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Montevideo, Uruguay: CEPAL, 2006. | [Link](#) |

14. Goyenechea M, Sinclair D. La privatización de la salud en Chile. *Políticas Públicas*. 2013;6(1):35-52. | [Link](#) |
15. Cid C. The problems of private health insurance in Chile: Looking for a solution to a history of inefficiency and inequity. *Medwave* 2011 Dic;11(12):e5264. | [CrossRef](#) |
16. Cid C, Torche A, Bastías G, Herrera C, Barrios X. Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno. En: *Concurso políticas públicas* 2013. Propuestas para Chile. Santiago, Chile: PUC, 2013:183-219. | [Link](#) |
17. Restrepo J, Lopera J, Rodríguez S. Integración vertical en el sistema de salud colombiano, aproximaciones empíricas y análisis de doble marginación. Centro de investigaciones económicas. Medellín, Colombia: CIE, Universidad de Antioquia, 2006. | [Link](#) |
18. Superintendencia de Salud. Estadísticas del Sistema ISAPRE. 2012. [supersalud.gov](http://supersalud.gov) [on line]. | [Link](#) |

## Tablas

Gasto total	Gasto público		Gasto privado		
	Fiscal	Cotizaciones FONASA	Cotizaciones ISAPRES	Otros ISAPRES	Otros privados
16,5	5,1	2,1	1,9	0,7	6,7

\*Tipo de cambio: 1 dólar estadounidense equivale a 560 pesos chilenos.

ISAPRES: Sistema de Instituciones de Salud Previsional.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

**Tabla 1.** Distribución de gasto en salud en Chile año 2011 (expresada en millones de dólares)\*.

**Correspondencia a:**  
Bellavista 185, depto. 513  
Recoleta  
Santiago, Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.