



**ENERO 2005**  
ISSN 0717-1560

## **SERIE INFORME SOCIAL N°88**

### **CUENTAS DE AHORRO EN SALUD: ELEMENTOS PARA EL DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS**

**Rodrigo Castro F.<sup>1</sup> y Carlos Kubik O.<sup>2</sup>**

---

<sup>1</sup> Director Programa Social, Libertad y Desarrollo. Ingeniero Comercial, mención Economía. PhD(c) en Economía, Georgetown University.

<sup>2</sup> Ingeniero Comercial, mención Economía. Magíster en Economía, mención Políticas Públicas, PUC.

## CUENTAS DE AHORRO EN SALUD

### Resumen Ejecutivo

El presente estudio pretende mostrar una alternativa al financiamiento actual del sistema de salud, que no pasa necesariamente por la implementación del plan AUGE. Este sistema se ha implementado con diferentes resultados en Singapur, Sudáfrica, China y EEUU. A su vez se estudia su implementación en Canadá y Hong Kong.

El sistema se basa en construir cuentas de ahorro personales (MSA) destinadas para la salud, de forma que en vez de cotizar para un seguro por un monto del salario se cotiza en una cuenta de ahorro personal destinada a cubrir los gastos en salud en que se incurra. Actualmente este sistema se encuentra en un amplio debate mundial sin que se tenga todavía resultados concluyentes. Lo que hace tan atractivo este sistema, y por lo que está siendo debatido mundialmente, es el hecho que se le devuelve la responsabilidad al individuo a la hora de gastar en salud, eliminando el riesgo de abuso y permitiendo la libre competencia entre proveedores.

En teoría el sistema de MSA aparece como muy atractivo, ya que permite eliminar el riesgo financiero de las familias así como disminuir el “sobre consumo” de prestaciones médicas derivado de que el consumidor no enfrenta el precio real de las prestaciones.

Son estas características las que, ante el actual consenso de reformar el sistema de salud, permiten pensar que una reforma de este tipo funcionaría de mejor manera que el actual plan AUGE que se está implementando. En efecto, el AUGE, a través de sus 56 patologías contempladas, nació con un diseño de financiamiento que buscaba garantizar la atención de ellas y los recursos para asegurar el acceso y la equidad, y, a su vez, mediante la creación de una prima universal y un fondo de compensación, generar una redistribución solidaria de los fondos del intra sistema.

Sin embargo, distintos análisis técnicos han puesto en serias dudas la capacidad de financiamiento del AUGE, especialmente por el total desconocimiento de la demanda que provocará al sistema. Asimismo, al momento de constatar la realidad de los hospitales, de los recursos humanos disponibles, de la infraestructura y su desigual desarrollo en las distintas regiones del país, se han evidenciado todavía más las dificultades que pueda tener la implementación de este plan de salud.

En efecto, la autoridad no ha evaluado la variable del aumento del gasto en salud, que resulta un elemento fundamental en la sustentabilidad financiera que pueda tener el AUGE a largo plazo. De lo contrario, al no dilucidarse este punto, existe la posibilidad de que finalmente el AUGE se termine convirtiendo en un plan de enfermedades catastróficas, sin cumplir con su objetivo inicial, cual era responder a las enfermedades prioritarias del sistema, según los cambios epidemiológicos y demográficos que ha experimentado el país durante los últimos años.

Por otro lado, también existen estudios previos que dan cuenta de la brecha que hay entre los requerimientos de inversión que el país necesita en infraestructura y equipamiento, versus las reales capacidades de financiamiento que posee el Estado.

En el mejor escenario posible para el AUGE, considerando por ejemplo que los aranceles FONASA subestiman los costos reales en un 25%, como ocurre actualmente, y que un 10% de las prestaciones, procedimientos e insumos que requieren las patologías AUGE no están costeadas, se llegaría a que el costo esperado de las 56 prestaciones para el 2010 sería de \$81.251 millones, es decir, un 76,6% mayor al valor indicado para la prima AUGE. En este caso se requerían de US\$ 617 millones para financiar la brecha producida en el 2010.

A pesar de las bondades teóricas del sistema para una aplicación viable del sistema en Chile es necesario profundizar los estudios en cuanto a la implementación del sistema, sobre todo en lo que respecta a lo que serían los grupos críticos, entiéndase a los hogares con menos recursos, los enfermos crónicos y la tercera edad.

## INDICE

	Página
I. Introducción	4
II. ¿En qué consisten las cuentas de ahorro en salud?	5
III. Casos de Aplicación de MSA	7
3.1 Singapur	7
3.2 China	10
3.3 Sudáfrica	12
3.4 EEUU	14
IV. Antecedentes a considerar en el Caso de Chile	16
4.1 Riesgo de Abuso	19
4.2 “Descreme” de mercado	20
V. Propuesta Preliminar	24
5.1 Subsidio a los más Pobres	25
5.2 Enfermedades Crónicas	26
5.3 Subsidio de Transición	27
5.4 Contención de Costos	28
5.5 Ganadores y Perdedores	30
VI. Conclusiones	33
VII. Anexos	36
VIII. Referencias Bibliográficas	41

## I. INTRODUCCIÓN

**E** Existen múltiples mecanismos de financiamiento de la salud en el mundo. En un extremo se encuentra un sistema financiado completamente por impuestos con cobertura universal en donde los usuarios pagan un pequeño copago por la prestación (el sistema nacional de salud inglés es un ejemplo). Sin embargo, este sistema incentiva un mayor consumo, resultando en listas de espera y colas. Por otro lado, está el sistema de salud americano, con poca intervención del Estado. Este implica problemas por un mayor costo, baja cobertura y amplia dispersión en la calidad de la atención. El presente estudio pretende mostrar una alternativa al financiamiento actual del sistema de salud, que no pasa necesariamente por la implementación del plan AUGE. Esta alternativa se ha implementado con diferentes resultados en Singapur, Sudáfrica, China y EEUU, en tanto se estudia su puesta en práctica en Canadá y Hong Kong.

El sistema se basa en construir cuentas médicas de ahorro personales (MSA), en las cuales en vez de cotizarse para un seguro por un monto del salario se cotiza en una cuenta de ahorro personal destinada a cubrir los gastos en salud en que se incurra. Actualmente la modalidad está siendo ampliamente debatida sin que todavía existan resultados concluyentes<sup>3</sup>. Lo que hace tan atractivo este sistema, y por lo que se está analizando mundialmente, es el hecho que se le devuelve la responsabilidad al individuo a la hora de gastar en salud, eliminando el riesgo de abuso y permitiendo la libre competencia entre proveedores. A través de este estudio se busca recopilar y ordenar la información de las MSA en la experiencia de los países donde se ha puesto en práctica, para luego hacer una propuesta de aplicabilidad para Chile como una alternativa de financiamiento al sistema de salud. No se intenta con el presente estudio tener todas las respuestas de un posible plan MSA, sino que pretende ofrecer el punto de partida para el estudio de este sistema.

El trabajo se ordena de la siguiente forma. En la primera sección se describe en qué consisten las MSA con sus ventajas y desventajas. En la segunda se ilustra el funcionamiento de estas cuentas en los países que las han aplicado, se describe cómo han operado para continuar mostrando los resultados exhibidos. En la tercera sección se entrega una breve descripción del sistema chileno actual de salud, mostrando las deficiencias que han obligado a su reestructuración. En la cuarta se presenta una propuesta de implementación de cuentas MSA para el caso de nuestro país, postulándose brevemente quiénes debiesen ganar y quiénes perder con la implementación de este sistema.

---

<sup>3</sup> El único país que lleva un tiempo mayor con el sistema de MSA universal es Singapur; sin embargo, los resultados en ese país no son fácilmente aplicables a otros.

## II. ¿EN QUÉ CONSISTEN LAS CUENTAS DE AHORRO EN SALUD?

**L**as cuentas de ahorro personales con las que se cancelan los gastos en salud están generalmente acompañadas de un seguro catastrófico que tiene altos deducibles, y en ocasiones copagos por sobre el deducible. Dados los altos deducibles, las primas por este seguro son bastante menores que las primas de un seguro tradicional. La diferencia entre la prima de un plan tradicional y este seguro catastrófico se ahorra en las MSA para hacer frente a los gastos “comunes” en salud. La idea detrás del sistema de MSA es que el seguro permita financiar los verdaderos eventos aleatorios en salud (como son las enfermedades catastróficas) y que para financiar gastos discrecionales se ocupe la cuenta de ahorro. De esta forma para los gastos comunes en salud se paga con dinero que pertenece al asegurado.

La persona, al tener que cancelar el costo completo de un servicio de salud discrecional, se hace más sensible al costo, comparado al caso en que sólo paga una fracción de este, disminuyéndose de esta forma el riesgo de abuso.

Un punto importante en el diseño de las MSA es que los dineros en las cuentas de ahorro efectivamente sean gastados en servicios de salud. Esto con el fin de evitar que la persona en su juventud gaste todo el dinero en consumo de otros bienes, y quede sin ahorros para la vejez. Si se consigue que los individuos ahorren en su juventud para la vejez, que es cuando más se gasta en salud, se logrará que se aseguren intertemporalmente con sus propios ahorros.

Dentro de las ventajas de las MSA generalmente se mencionan:

- La disminución del problema de riesgo de abuso con la consiguiente disminución en los costos de salud, y amplia elección del individuo.
- Menor intrusión en la relación médico paciente.
- Permite trasladar fondos desde la juventud hacia la vejez.
- Disminuye o incluso elimina el riesgo financiero de una persona frente a una enfermedad catastrófica.
- La mayor sensibilidad de los pacientes frente al precio lleva a una mayor competencia por parte de los proveedores.

En cuanto a las posibles desventajas de este sistema se mencionan:

- Los altos deducibles limitan el acceso a los que tienen pocos o nulos ahorros.

- Los pacientes son débiles negociadores frente a los proveedores que pueden ver estas cuentas como dinero “gratis”.
- A los enfermos crónicos o desempleados se les hace casi imposible obtener un mínimo nivel de ahorros.
- En caso que las MSA dispongan de ventajas tributarias se beneficiaría en mayor medida a los más ricos.
- Si no se aplica el sistema universalmente se corre el riesgo de selección adversa, esto es que los más sanos que pueden ahorrar opten por las MSA, mientras que los más enfermos se mantengan en el sistema tradicional de seguros, elevando con ello las primas.

### III. CASOS DE APLICACIÓN DE MSA

**E**l sistema de MSA se ha implementado bajo distintas modalidades en Singapur, China, Sudáfrica y Estados Unidos. Singapur lo aplica desde hace más de 20 años con cobertura universal. En Sudáfrica el sistema se implementó en 1994 de forma voluntaria. En China, en cambio, se diseñó un programa piloto para dos ciudades que luego se amplió para todas las ciudades. En tanto, en EEUU se han hecho dos programas pilotos para evaluar las MSA. Actualmente la implementación de las MSA se encuentra bajo discusión en Hong-Kong y Canadá.

De acuerdo a la evidencia empírica disponible aún no es posible afirmar que los países que han implementado este sistema están usando más eficientemente sus recursos. Esto se debe a que el único país que lleva un tiempo considerable aplicando las MSA tiene elementos particulares que hacen que su experiencia no sea replicable. En cuanto a los otros lugares que han aplicado las MSA, en ninguno se ha hecho en forma universal y los períodos que lleva aplicado el sistema son substancialmente menores. A pesar de estos inconvenientes a continuación se mostrarán cifras preliminares del funcionamiento en Singapur, China, Sudáfrica y Estados Unidos.

#### 3.1 SINGAPUR

Hasta 1984 en Singapur la salud se basaba en un sistema de hospitales públicos gratuitos y clínicas subvencionadas por el gobierno. En 1983 se anunciaron 2 grandes cambios a este sistema; por un lado, el financiamiento de la salud dejaría de ser obligación del gobierno y pasaría a los individuos y empleadores mediante el sistema de MSA. Por otro lado, la administración de los hospitales públicos sería privatizada, aunque el gobierno seguiría siendo el dueño de los establecimientos, proveyendo algunos servicios a través de subsidios<sup>4</sup>.

La salud en Singapur es financiada principalmente por tres canales. Los pagos de bolsillo que realizan las personas, los subsidios del gobierno a la salud y el programa conocido como 3M. Este último consta de Medisave, Medishield (en versión normal y plus), Medifund y Eldersshield, programas que no comenzaron simultáneamente.

Medisave es la versión singapurense de las MSA. Es un programa de ahorro obligatorio, en el que cada empleado contribuye con un 6% a un 8,5% de su

<sup>4</sup> En el año 2000, sólo los subsidios directos totalizaron un total de US\$700 millones, equivalentes al 25% del gasto agregado en salud de Singapur.

salario mensual, dependiendo de la edad del sujeto, a una cuenta de ahorro individual.

Medisave puede ser usada para el pago de los gastos en hospitales incurridos por el dueño de la cuenta o por algún familiar inmediato. A fin de que la gente logre ahorrar lo suficiente para cuando alcance la vejez, evitando gastos innecesarios, los fondos de Medisave tienen restricciones en lo que se refiere a límites de gasto diario, así como en los productos y servicios en los cuales es posible gastar los fondos.

En este momento en Singapur hay un total de 2,7 millones de cuentas Medisave de un total de un poco más de 4 millones de personas. Las cuentas han acumulado US\$13,1 billones.

Medishield es un seguro catastrófico voluntario con altos deducibles y copagos. Este se implementó en 1990, dado que las cuentas de Medisave no alcanzaban para financiar algunas enfermedades de alto costo. Las primas de este seguro se establecen de acuerdo a la edad del asegurado y pueden ser pagadas a través de la cuenta Medisave. Para evitar un aumento en los costos se estableció para el seguro Medishield, altos deducibles, copagos de 20%, límites máximos de gasto para los tratamientos y restricciones a los tipos de centros hospitalarios que cubre. En el año 1994, el gobierno introduce el programa Medishield Plus, que ofrece reembolso para atenciones en hospitales privados y en hospitales públicos de mejor nivel.

Para asegurar la atención de los más pobres, en 1993 se estableció el Medifund, el cual es un fondo financiado por el gobierno que partió con un capital inicial de US\$150 millones, al que se le hacen contribuciones los años en que hay superávit fiscal. Con los intereses de este fondo se asegura la atención de los más pobres e indigentes. A fin de evitar el uso indiscriminado de este seguro de última instancia, se establecieron restricciones en cuanto a los centros hospitalarios en los cuales el seguro cubre y a quiénes pueden aspirar a este seguro.

Por último, las autoridades de Singapur introdujeron, en junio del 2002, el programa Eldershield, que consiste básicamente en proporcionar protección financiera a individuos que sufran serias discapacidades. Singapurenses con cuentas Medisave son automáticamente inscritos en Eldershield cuando alcanzan los 40 años de edad, a menos que estos opten por no entrar al programa. Eldershield paga mensualmente un subsidio en efectivo, por un máximo de 60 meses a las personas discapacitados.

Además del funcionamiento de Medisave, Medishield, Medifund y Eldershield, existe el subsidio del gobierno a hospitales públicos e instituciones sin fines de lucro que tratan ciertos tipos de enfermedades. A su vez, el gobierno juega un rol

importante estableciendo controles al número de médicos, camas en los hospitales, distribución de estos en el país y regulando los precios de los servicios de salud en los hospitales públicos.

El sistema de salud singapurense ha sido objeto de numerosos estudios, debido a que, a pesar de tener un gasto en salud con respecto al PIB menor al de los países desarrollados,<sup>5</sup> los niveles de salud medidos en índices internacionales son mejores.

El mayor problema que existe a la hora de evaluar las MSA en Singapur, es que estas no se introdujeron aisladamente, sino que fueron parte de toda una reforma al sistema de salud. Otro punto que dificulta evaluar las MSA en Singapur es que el gobierno no es propenso a hacer pública la información y los números que se dan en cuanto a gastos en salud no siguen los estándares de los países desarrollados para la medición.<sup>6</sup>

Muchos han atribuido parte importante de la eficiencia<sup>7</sup> del sistema de salud en Singapur a las MSA, dado que ellas permiten controlar el riesgo de abuso que se ha generado en el sector salud en el último tiempo.

Otros indican que esta eficiencia se debería a elementos propios de Singapur y no a las MSA. Cuando se plantea esto se enumera una serie de factores ajenos a las MSA que permitirían esta eficiencia en Singapur, entre las que se destacan:

- Singapur tiene una población relativamente joven comparada con Europa, lo que permite que los gastos en salud no sean tan altos<sup>8</sup>.
- Las tasas de ahorro en Singapur son altas, lo que lleva a que la gente efectivamente ahorre en las MSA.
- El gobierno controla la tecnología que se introduce, los precios de todos los servicios médicos en los hospitales públicos, los subsidios que se entregan, el número de camas en hospitales, la oferta de médicos en el país, y las prestaciones que cubren las MSA.<sup>9</sup>
- Altos niveles de educación e ingreso.<sup>10</sup>

---

<sup>5</sup> Singapur tiene un gasto equivalente al 3% del PIB en salud, mientras que los países desarrollados tienen en promedio un gasto en salud equivalente al 8% del PIB (financing health care). En el anexo XX se muestran resultados comparativos de Singapur y otros países.

<sup>6</sup> Barr M. (2001), Hanvoravongchai P. (2002).

<sup>7</sup> A pesar de tener un gasto en salud respecto al PIB bajísimo comparado con otros países desarrollados presenta muy buenos indicadores de salud.

<sup>8</sup> Barr M. (2001), Blair S. Taylor R. (2003).

<sup>9</sup> Barr M. (2001).

<sup>10</sup> Blair S. Taylor R. (2003).

Por último algunos postulan que las MSA han sido un fracaso en lo que se refiere a la contención de costos así como en la accesibilidad que ellas dan al sistema de salud a los enfermos y las personas con menores ingresos. En lo que se refiere a la contención de costos los detractores de las MSA argumentan que en 1982 el gasto en salud era de S\$1.300<sup>11</sup>, nivel que se incrementó a S\$1.700 en 1984, S\$1.900 en 1985 y S\$2.000 en 1986<sup>12</sup>. A su vez el gasto en salud por parte del gobierno ha aumentado desde US\$350 millones en 1980, a US\$1.932 millones en 1991. También se postula que la importancia que tienen las MSA dentro de todo el sistema de salud singapurense es mínima y que en 1999 representaba solamente alrededor del 9%<sup>13</sup> de todo el gasto en salud.

En lo que se refiere a la transferencia de recursos intertemporales, se tiene que en 1995 el saldo de las cuentas en Medisave era de S\$12,7 mil millones mientras que en 1999 esta cifra había aumentado a S\$20,8<sup>14</sup> mil millones. Sin embargo, para tener una respuesta clara en lo que se refiere a una movilidad de recursos sustentable del sistema se necesitan cifras sobre los grupos de edad, grupos de ingreso y los datos de aquellos con enfermedades crónicas.

Una de las mayores críticas que se le hacen a las MSA es el problema de accesibilidad. En este sentido se postula que las MSA al compartir los riesgos permiten que a los más sanos y con mayores ingresos les sea posible ahorrar en las cuentas, mientras que los enfermos y más pobres no logran ahorrar y por tanto no pueden acceder a los servicios de salud. En Singapur, aunque la información no es concluyente, la combinación de las MSA con seguros catastróficos y subsidios han asegurado un adecuado acceso a la salud.

## 3.2 CHINA

China comenzó un plan piloto de sistema MSA en las ciudades de Zhenjian y Jiujiang en diciembre del año 1994. Hasta esa fecha, existían dos grandes aseguradoras que proveían de amplios planes de salud con un costo mínimo para los empleados del sector formal (Labour Insurance Scheme - LIS y Government Insurance Scheme - GIS) El GIS era financiado por el Estado para los empleados de gobierno, profesores universitarios y alumnos, mientras que el LIS cubría a los empleados de empresas públicas (sólo a aquellas con más de 100 trabajadores), donde la empresa aportaba entre un 11% a un 14% de los salarios para el LIS.

<sup>11</sup> Medido en dólares singapurense de 1995.

<sup>12</sup> Pauly y Goodman señalan que el aumento en el gasto en salud solo refleja un aumento en el ingreso.

<sup>13</sup> Hanvoravongchai (2002).

<sup>14</sup> Hanvoravongchai (2002).

Dado el funcionamiento del sistema, en que la aseguradora pagaba por los costos de salud acompañados de un pago retrospectivo (pago por servicio) a los hospitales, las dos aseguradoras exhibían una fuerte aumento de costos. Para frenar este aumento se diseñó un plan piloto para dos ciudades, que incluyó la instauración de las MSA (con seguro catastrófico) y el pago prospectivo a los proveedores.

El uso del sistema MSA en estas dos ciudades fue obligatorio para todos los trabajadores industriales y los empleados del gobierno, reemplazando al sistema LIS y GIS. El nuevo sistema consideraba dos importantes componentes: un MSA individual para cada afiliado y una Cuenta de Seguro Social (SIA). La SIA establece un fondo con todos sus afiliados. Las contribuciones a las MSA y SIA vienen de los empleados y empleadores. Trabajadores y empleadores contribuyen con un 1% y 10%, respectivamente, del salario anual. Este 11% está dividido en un 5% para la SIA y un 6% para la MSA.

Los beneficiarios pagan los gastos de salud de sus MSA hasta que se termina la cuenta, luego se paga del bolsillo hasta un 5% del salario anual. Una vez que se llega a este tope empieza a operar el SIA. Con el SIA operando, el beneficiario tiene que pagar igual un copago que se va reduciendo a medida que la cuenta va creciendo. Si la cuenta excede un límite anual, diferente para cada trabajador, dependiendo de su salario, la SIA paga el total del exceso a tal límite. A pesar de esto, para ciertos tratamientos y tecnologías existe un copago de 20% independiente del monto gastado.

Al igual que en el caso de Singapur medir los resultados de las MSA en China no es tarea fácil, principalmente por dos razones. En primer lugar, porque las MSA se aplicaron sólo en dos ciudades y en segundo, porque paralelamente a la incorporación de las MSA se cambió la forma de pago a los hospitales.

Respecto a contención de costos, en China se habría logrado dicho objetivo. En Zhenjiang hubo un 27% de rebaja en el gasto real por beneficiario entre 1994 y 1995 y el gasto total en salud bajó en un 24,6% para el mismo periodo.<sup>15</sup> Lo anterior se compara satisfactoriamente con un 35% a 40% de aumento en los gastos de salud, para dos ciudades vecinas que no se acogieron al programa. Al parecer esta disminución en los gastos no vendría dada por una disminución en las tasas o tiempos de estadías, sino que por la disminución en el uso de tecnologías en diagnóstico de alto costo y en los medicamentos (después de la reforma un 95% de los medicamentos eran domésticos).

Sin embargo, esta disminución en los costos no se puede atribuir completamente a las MSA, porque como ya se mencionó puede también deberse al cambio en el

---

<sup>15</sup> Hsai W. Yip W. (1997), Hanvoravongchai (2002).

pago a los proveedores. También existe cierta evidencia de cambio en los costos. Esto se debe en parte porque al existir un sistema de pago en que algunos pagan de forma prospectiva y otros de forma retrospectiva, existen incentivos para que los proveedores modifiquen los costos. Datos iniciales muestran que si bien bajaron los costos para los afiliados a las MSA, subieron los costos para los que no estaban afiliados.

En cuanto a los reembolsos, la situación parece haber mejorado con las MSA, ya que con estas, el porcentaje de gente que no pudo conseguir un reembolso por los gastos médicos en 1995 fue de un 0,45% y 0% para trabajadores y profesores, respectivamente. Ahora, en 1994 dichas cifras habían alcanzado el 13,7% y 15,9%.

Por otro lado, los subsidios cruzados disminuyeron. Ello porque antes de la reforma cuando la salud era financiada casi íntegramente por impuestos, los más sanos financiaban a los más enfermos. Con la reforma los más sanos sólo financian a los más enfermos con el 5% que se destina al seguro catastrófico, mientras que mantienen el 6% restante. Los más enfermos agotan el 6% de su cuenta más el 5% anual de su sueldo y luego reciben “ayuda” de los más sanos a través del seguro.

La sustentabilidad de las MSA en el futuro depende del ahorro acumulado. En Zhenjiang el 84% de los fondos recolectados fueron usados para pagar servicios. Por otro lado, la cuenta de seguro social tuvo un déficit de 4%<sup>16</sup> del total de los fondos. En este sentido, mientras mayores sean los fondos acumulados en las cuentas individuales, la cuenta de seguro social tendrá una menor carga que soportar. Sin embargo, la viabilidad del sistema también dependerá de las tasas de crecimiento de los gastos médicos.

La evaluación del gobierno chino del programa parece ser positiva, ya que en diciembre de 1998 decidió aplicar un programa basado en el modelo MSA de Zhenjiang y Jiujiang a todos los trabajadores urbanos del país.

### 3.3 SUDÁFRICA

Antes de la desregulación de los mercados en el año 1994, el sistema de salud privado sudafricano estaba dominado por instituciones sin fines de lucro, en que la administración estaba a cargo de empresas con fines de lucro a las que se les pagaba un porcentaje de la prima, sin ofrecer incentivos a la reducción de costos o a la innovación.

---

<sup>16</sup> Hsiao W, Yip W. (1997).

La cobertura era conseguida pagando la misma sin ningún tipo de diferenciación. De esta forma el mercado estaba caracterizado por planes que ofrecían cobertura total sin deducible. Así, sin mayores incentivos para contener costos, el valor de la prima de los seguros privados aumentó dramática y sostenidamente durante los años ochenta y principios de los noventa.

En 1994 el mercado se desreguló, permitiendo entre otras cosas discriminar en el cobro de primas y el ingreso de compañías privadas al mercado. En este nuevo escenario surgieron rápidamente varias empresas privadas, ofreciendo una multiplicidad de planes y seguros incluyendo las MSA. Esta competencia permitió que el valor de las primas bajaran. Las compañías que ofrecen MSA han alcanzado una participación de mercado del 50% en la industria de seguros privados.

Las MSA que se ofrecen en Sudáfrica, dada la libertad que existe, pueden ser diseñadas de acuerdo a la necesidad del asegurado, permitiendo que existan diversos tipos de planes disponibles. Las principales características de los planes de MSA en Sudáfrica pasan en general por: cobertura total para servicios no discrecionales, deducibles de US\$100 para servicios ambulatorios, y en algunos casos incluye cobertura total a medicamentos para el tratamiento de enfermedades crónicas.

En cuanto a la contribución al fondo de MSA existe también una gran libertad. A las personas se les permite contribuir con cualquier cifra que se encuentre debajo del monto del deducible de su plan. Las contribuciones pueden ser hechas por el empleado, empleador o una combinación de ambos.

El pago de las primas de seguros médicos en Sudáfrica no es deducible de impuesto si lo realiza un individuo o particular, a menos de que este sea mayor de 65 años. En cambio, si el seguro es pagado por un empleador, dos tercios de la contribución es excluida del ingreso tributable del empleado. Para los depósitos en las cuentas MSA se les aplica el mismo tratamiento tributario.

La mayoría de las aseguradoras negocia tarifas para servicios estándares con los proveedores que no dependen del paciente o del médico. Si el proveedor cobra lo pactado la aseguradora le pagará, mientras que si cobra más de lo pactado el paciente le paga al proveedor, con los riesgos de no pago que esto conlleva. Luego la aseguradora le reembolsa al paciente.

Debido a que a los proveedores se les sigue pagando de manera retrospectiva se han incorporado contratos que incluyen bonos a los proveedores que tuvieron costos menores a los esperados.

Gracias al avance que ha experimentado el sistema privado de salud en Sudáfrica durante la última década, el número de asegurados en él ha crecido a tasas de un 2 a 3% anual. A pesar de ello un 80% de la población pertenece al sistema público de salud que es prácticamente gratuito, pero que enfrenta diversos problemas de calidad y acceso.

En lo que se refiere a contención de costos la experiencia sudafricana ha sido, al menos en primera instancia, satisfactoria. Las familias con planes MSA redujeron en promedio más de la mitad del gasto discrecional en salud<sup>17</sup>.

Dada la estructura de las MSA en este país los pacientes tendrían incentivos para cambiar su gasto discrecional por el no discrecional<sup>18</sup>. Sin embargo en Sudáfrica incluso el gasto hospitalario (no discrecional) es menor en las familias con planes MSA, que en aquellas que no cuentan con un plan MSA.

Otro punto a considerar es si, con los planes MSA, la gente evita gastos que son necesarios para su salud y de esta forma poder ahorrar. En Sudáfrica se encontró que las familias con planes MSA no mostraron un mayor número de demandas catastróficas que las familias con otro tipo de plan.

Por último en lo referente al atractivo que tienen estos planes para los más pobres y enfermos, en Matison (2000) se encuentra que los planes MSA para este grupo de gente sería al menos igual de atractivo que otros tipos de seguros.

### 3.4 ESTADOS UNIDOS

En Estados Unidos se realizaron dos proyectos pilotos para estudiar las MSA. El primero se implementó en 1996 y consistió en un sistema para trabajadores independientes o trabajadores de empresas pequeñas (HIPAA). El segundo se estableció en 1997 y consistió en una opción que podían ejercer los afiliados a Medicare (BBA).

En ambos proyectos, los depósitos dentro de las MSA, los intereses ganados por las MSA y los gastos de las MSA que fueran destinados a servicios médicos estaban exentos de impuestos. Las MSA tenían que estar ligadas a un seguro de salud con altos deducibles.

En el caso del proyecto HIPAA se establecieron montos mínimos y máximos dentro de los cuales se debían encontrar los deducibles así como el monto máximo de pago de bolsillo que tuviera que realizar el afiliado. Se reguló también

---

<sup>17</sup> Matison S. (2000).

<sup>18</sup> En vista que el gasto no discrecional tiene un menor deducible que el gasto discrecional.

el máximo que se podía depositar en las cuentas MSA anualmente. Los gastos que no se hicieran en servicios médicos llevarían impuestos y una multa del 15% (para los mayores de 65 años no existe multa).

En el caso de la opción a través del sistema Medicare, cada año este deposita en las cuentas MSA de los individuos una cantidad igual a la diferencia entre el costo del seguro que le proveía Medicare, y la prima del seguro catastrófico ligado a la MSA. Se establecieron montos máximos de deducible, así como mínimos de cobertura.

En Estados Unidos, dado lo limitado del proyecto de MSA, no se han obtenido evidencias concluyentes. Un estudio reciente muestra que en general muchas empresas ofrecieron cuentas MSA. Sin embargo, por el diseño del programa no se ha puesto mayor entusiasmo en ofrecer estos planes. Respecto a la demanda esta ha sido baja, lo que se explica también por la complejidad del sistema.

Algunos estudios desde el punto de vista del empleador muestran que los gastos en salud de los empleados con cuentas en MSA han sido significativamente menores que los de los empleados sin MSA. Sin embargo, estos resultados no son concluyentes dado el tamaño de las muestras.

Por último en algunas simulaciones (Keeler et al., 1996) computacionales se ha encontrado que si todos se cambiaran a planes con altos deducibles bajarían los costos entre un 6 a 13%; no obstante, debido a la selección estas cifras podrían bajar a 2%.

#### IV. ANTECEDENTES A CONSIDERAR EN EL CASO DE CHILE

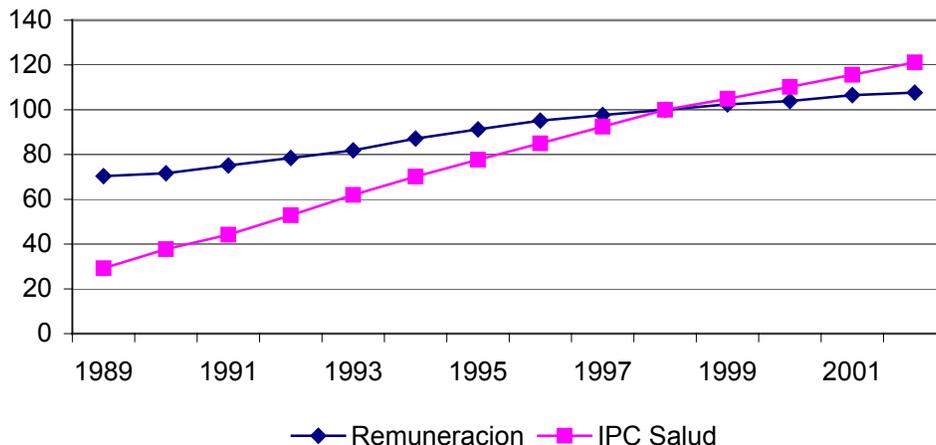
**L**a coexistencia de dos sectores, uno público y otro privado, sumado a una deficiente regulación, genera situaciones de descreme por parte de las aseguradoras privadas y de riesgo de abuso por parte de los asegurados<sup>19</sup>.

Asimismo, cada persona debe financiar sus necesidades de salud previsual con la cotización legal correspondiente y para aquellos cuya cotización no exista o sea muy baja, el Estado entrega los recursos adicionales necesarios.

Durante la década de los noventa, los precios de las prestaciones de salud informados por el INE subieron en un 178% nominal, y durante ese mismo período la frecuencia de uso de las prestaciones anuales por persona ha aumentado en un 76%. Esto es, cada individuo consume actualmente un 76% más de prestaciones de salud cada año, que las que demandaba a comienzos de la década. Lo anterior da como resultado un crecimiento del costo de salud (precio+frecuencia) de un 389% durante la década. Asimismo, las remuneraciones nominales se incrementaron en un 177% en ese mismo periodo.

Cabe recordar que el monto actual de la cotización de salud, establecido en un 7% de la remuneración, comenzó a operar a contar del año 1986. Desde ese año a la fecha, el aumento del costo de salud (Gráfico N° 1) ha sido superior al crecimiento de las remuneraciones (y por consiguiente de la cotización de salud).

**Gráfico N° 1: Índice de Precios de la Salud y Remuneraciones (Base 1989=100)**



<sup>19</sup> Para mayor información sobre descreme de mercado y riesgo de abuso ver Aedo y Sapelli (1999).

Pero, ¿por qué las personas están obligadas a asegurarse por un porcentaje de su ingreso cuando este no responde a una lógica redistributiva y el costo del seguro médico no depende del ingreso individual? La contribución en función de los ingresos puede, además, ser ineficiente. Por una parte presenta la necesidad de multiplicar planes que se acomoden a los ingresos de cada persona más que a sus necesidades médicas reales. Pero ello también le resta transparencia al sistema. La asimetría de información respecto de los planes entre aseguradores y afiliados lleva a que los últimos rara vez conozcan los alcances exactos de los planes contratados.

Por otra parte, es curioso que la autoridad obligue a los ciudadanos a asegurarse y que establezca tan vagamente lo que debe contener ese seguro. Una definición más precisa ayudaría a que la competencia entre los aseguradores de salud se desarrollara en dimensiones que son más adecuadas desde el punto de vista de la política de salud que se persigue. Ello no sólo reduciría las importantes asimetrías que existen en el sector de la salud entre aseguradores y compradores de un plan de salud, sino que evitaría que la competencia se desviara hacia dimensiones que poco tienen que ver con una buena atención de salud.

En la misma línea se puede señalar que si bien las personas no pueden evitar cotizar un 7% sí “pueden pedir el dinero de vuelta” a través de una alta cobertura de eventos que tienen una alta probabilidad de ocurrencia como consultas médicas y exámenes de laboratorio. Pero en este caso la cobertura de los eventos médicos mayores se verá perjudicada.

De aquí se desprende la necesidad de redefinir la contribución de salud en términos de un beneficio preciso que evite por un lado el sobreaseguro y que, por otra, asegure una cobertura adecuada.

La multiplicación de planes a la que da origen el actual mandato en salud tiene también efectos sobre el diseño específico de los planes. En la actualidad, las ISAPRE no revelan el costo esperado que les significa atender a las personas más riesgosas porque, en la práctica, pueden negar la venta de un plan a las personas que lo requieran. Alternativamente podrían, como de hecho se hace en otras latitudes, distorsionar los beneficios de los planes de modo de “controlar” los costos asociados a personas más riesgosas. Por otra parte, FONASA hace caso omiso de los riesgos de sus pacientes, convirtiéndose en un asegurador de último recurso. Indudablemente, la solución es poco eficiente y se afecta la posibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo, cuya existencia estimamos fundamental en un sistema de seguros de salud como el chileno.

La actual cotización del 7% tiende a amplificar la segregación que existe entre los sistemas público y privado. La razón es relativamente simple. Las inversiones del sistema privado reflejan el hecho que las contribuciones de los afiliados crecen

con el ingreso. Probablemente en un mercado pequeño como el nuestro la infraestructura y planes resultantes serán demasiado caros para las familias de menos ingresos, lo que hará más difícil acomodar las demandas de salud de esos grupos. En cambio, esta acomodación se facilitaría si la atención de salud estuviese pensada no en términos del ingreso de los afiliados, sino en términos de un plan garantizado de salud. La segregación, una de las principales críticas que se le hacen al sistema de salud chileno, puede ser entonces el resultado de la forma en que está concebido el mandato de salud. Por consiguiente, lo que corresponde es mandar la obligación de contratar un plan definido de salud.

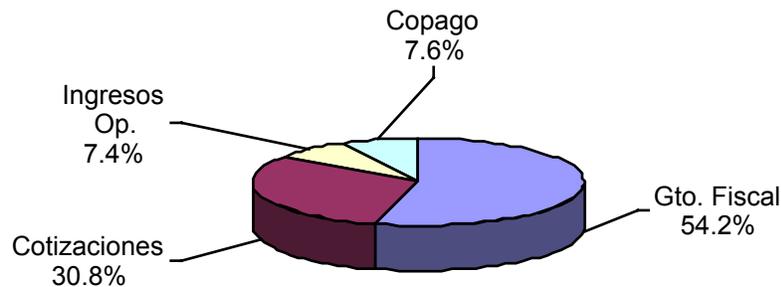
La forma que adopta la cotización obligatoria en Chile no es la más adecuada. Disponer que la población compre un seguro por el valor del 7% del ingreso imponible lleva a que determinadas personas estén sobreaseguradas y otras subaseguradas. El sobreseguro constituye un impuesto para el cotizante, quien puede tratar de eludirlo, declarando un ingreso menor o trabajando como independiente. Esto lleva a un problema de selección adversa en contra del sistema en su conjunto, haciendo que las personas con menores riesgos lo eludan. El segundo problema, de subseguro, existe principalmente porque el asegurado elige el seguro y puede seleccionar un paquete que incluya sólo prestaciones ambulatorias, con lo cual queda expuesto a un riesgo financiero importante, y pierde el sentido de la obligatoriedad del seguro. La causa primordial del primer problema es que no toda la población está cubierta (no todos están obligados a cotizar); la causa básica del segundo problema es que la obligación de cotizar determina el gasto en seguro, pero no qué debe incluir, lo que deja a muchos la posibilidad de asegurarse contra eventos ciertos, con lo cual el asegurado eventualmente obtendrá una devolución importante en términos porcentuales, pero deja de tener un seguro.

Luego, en lugar de destinar el 7% del ingreso a la compra de un seguro de salud, se podría establecer la obligación de adquirir un seguro catastrófico que cubra completamente al cotizante y su familia, por todos los gastos que superen un porcentaje a determinar de su ingreso familiar anual. Esto eliminaría los subsidios cruzados de las personas de bajo a alto riesgo hoy presentes en el sistema, e incorpora un esquema de subsidios directos a la demanda para financiar la diferencia entre el costo del seguro catastrófico y el 7% del ingreso, facilitando así el funcionamiento de las aseguradoras privadas y eliminando los problemas de selección de riesgo y “descreme” del mercado que genera la regulación actual. Para asegurar la movilidad de las personas, se sugiere que el seguro catastrófico reembolse a quienes se les detecte una enfermedad crónica una suma similar al valor presente de los gastos que dicha enfermedad implica en promedio. El sistema de seguro catastrófico podría combinarse con una cuenta de ahorro para salud para financiar una porción del deducible del seguro catastrófico.

#### 4.1 RIESGO DE ABUSO

Pocos son los controles que se han puesto al gasto tanto por parte de la demanda como por parte de la oferta. Por el lado de la demanda prácticamente nunca el afiliado paga el costo real de la prestación. La existencia de un seguro, mandado por ley, equivalente al 7% del ingreso, hace que en general el seguro sea el que paga la mayor parte de la cuenta. El asegurado, por su parte, generalmente tendrá que pagar un copago por una fracción de la cuenta. En el sector público la cantidad de copago vendrá dada por el ingreso del afiliado,<sup>20</sup> mientras que en el sector privado dependerá del tipo de plan, que a su vez, depende de la cotización, sexo y edad del afiliado. En el gráfico 2<sup>21</sup> se muestran las fuentes de ingreso de FONASA para el año 1998, donde el aporte fiscal financió un 54% del gasto público, mientras que las cotizaciones de los afiliados representaron el 30%. Asimismo, el copago representó sólo el 7% del gasto total.

**Gráfico N° 2:  
Gasto Público en Salud**



Esto implica que en 1998 en el sector público, un 85% del costo de una prestación no era pagada por el afiliado a la hora de demandar un servicio médico. Esta situación permite que se limite o al menos se disminuya el riesgo financiero implícito en eventos aleatorios como son las enfermedades o accidentes. Sin embargo, se presta para que se genere un notable riesgo de abuso por parte de los asegurados.

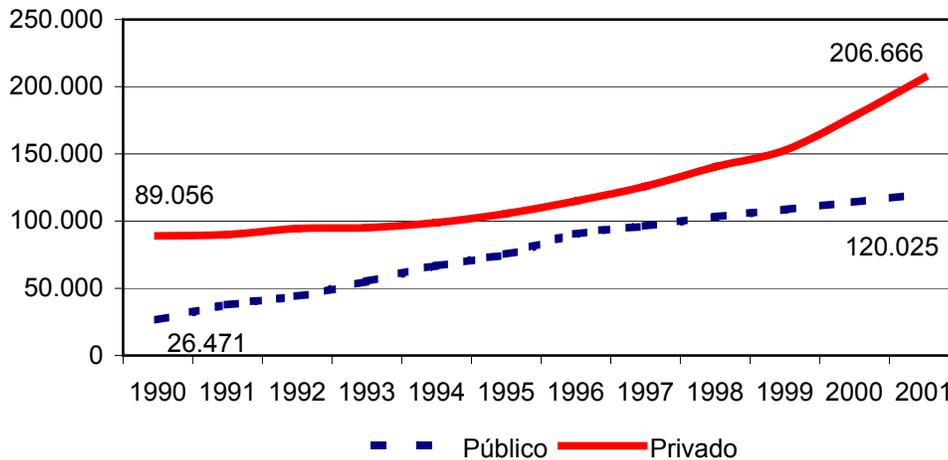
Al no tener que pagar por las prestaciones de salud al momento de consumirlas, la gente tiende a consumir más de lo que lo haría en una situación en que pagará el costo completo de la prestación. La única posibilidad de que se “consumiera” en

<sup>20</sup> Detalles del copago en el sector público se encuentran en el anexo 1.

<sup>21</sup> Fuente: Fonasa.cl

salud lo mismo que frente a una situación en que el demandante paga la totalidad de la cuenta sería que la demanda fuera totalmente inelástica al precio. Sin embargo, numerosos estudios muestran que la demanda no es totalmente inelástica en el sector salud.

**Gráfico N° 3:  
Gasto per cápita público y privado**



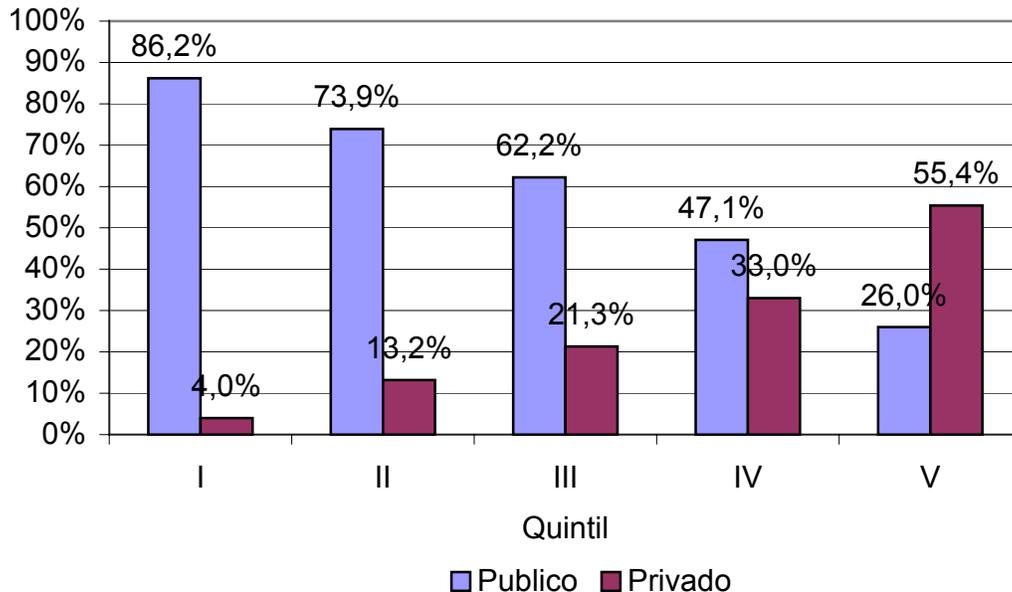
Por parte de la oferta existe una fuerte oposición por parte de los médicos a que se les controle su rubro, pues se argumenta que va en perjuicio de la salud del paciente. Esta escasez de controles sumado a una deficiente regulación explican, en parte, el fuerte aumento en los costos que ha tenido el sector salud durante los últimos años.

#### 4.2 “DESCREME” DE MERCADO

La coexistencia de dos sistemas de seguros, uno privado y uno público de salud regulados deficientemente, genera una situación de “descreme” por parte de las aseguradoras privadas. Las aseguradoras privadas ofrecen mejores planes a las personas con mayores ingresos (porque pagan una mayor prima) y a las personas más saludables de acuerdo a su sexo y edad (porque suelen tener menos costos). En el sistema público en tanto, la persona paga un mayor copago al tener un mayor ingreso, teniendo derecho a la misma cobertura y sin discriminación por sexo y edad. Esto genera incentivos para que las personas sanas con altos ingresos opten por el seguro privado (ya que les ofrecerá mejores planes) mientras que las personas enfermas y con menores ingresos optan por el sistema público (porque en el sistema privado les darían planes muy precarios). Esto se

aprecia en el gráfico 4 donde se muestran la afiliación al sistema público y privado por quintiles de ingreso.

**Gráfico N° 4:**  
**Tipo de previsión por quintil de ingreso**



En el gráfico 4 se aprecia cómo en los quintiles más pobres la población afiliada al sistema privado es muy baja, mientras que en los quintiles de mayores ingresos la población afiliada al sistema privado de salud es prácticamente mayoritaria. A su vez, las aseguradoras privadas no pueden discriminar por otra categoría que no sea sexo y edad. Al no poder ocupar toda la información pública necesaria para determinar la prima y el plan, las aseguradoras buscan escapar de las personas más riesgosas a las cuales les cuesta encontrar seguros. Cabe señalar que esta acción es ineficiente, ya que no crea valor, sino que es sólo una búsqueda de rentas generadas por la regulación<sup>22</sup>.

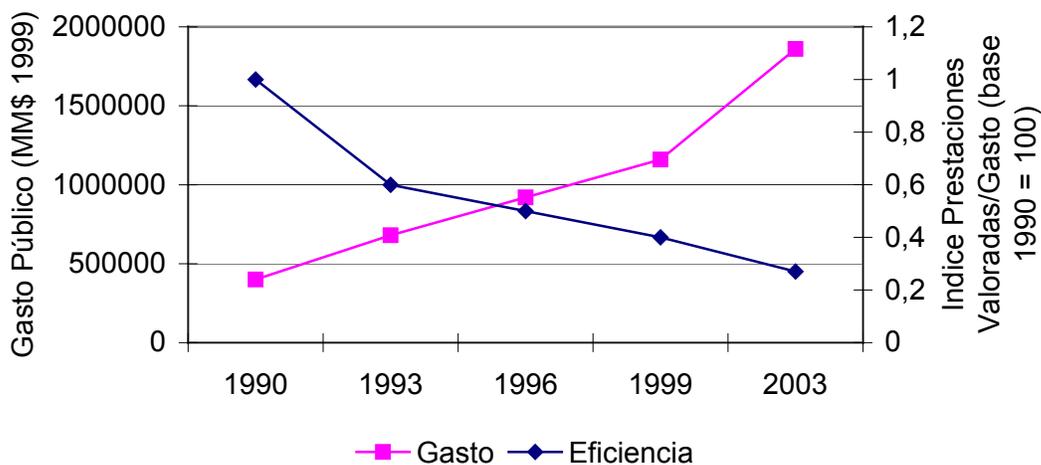
Otro punto que se le critica al sistema chileno es que el funcionamiento de la modalidad pública de salud adolece de los mismos problemas que la mayoría de las empresas públicas. Por tener a sus “clientes” cautivos y gracias a los generosos aportes del fisco, no existen los incentivos necesarios para mejorar la eficiencia. En el gráfico 5<sup>23</sup> se muestra la productividad de los pesos gastados en el sistema público de salud. Como se aprecia esta productividad ha ido disminuyendo durante el último tiempo. En efecto, el gasto público en salud

<sup>22</sup> Aedo y Sapelli (1999).

<sup>23</sup> Fuente: Rodríguez y Tokman, CEPAL 2000.

aumenta en 3,65 veces entre 1990 y 2003, mientras que su eficiencia (medida como el índice de prestaciones valoradas respecto a gasto) disminuye en 73%.

**Gráfico N° 5:  
Productividad del Sistema Público de Salud**



Asimismo, un estudio de eficiencia de 56 hospitales públicos (Libertad y Desarrollo, 2004) muestra que hospitales más ineficientes en promedio consumen entre 30% y 94% más de recursos que los más eficientes (benchmark). Si los hospitales ineficientes usaran de manera más eficiente sus recursos, el gasto destinado a este sector se reduciría en aproximadamente US\$107 millones. Por otro lado, un estudio de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica indica que la adopción e incorporación de prácticas eficientes, identificadas en establecimientos comparables, permitiría mejorar la gestión con ahorros de hasta US\$6.5 millones anuales sólo en días camas liberados por mejor gestión de Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).

Ante esta situación, existe consenso en que el sistema necesita de una reestructuración. Actualmente el gobierno está impulsando el AUGE, que pretende garantizar el acceso con tiempos máximos de espera ( el sistema no puede demorarse más de ese lapso para otorgar la atención) a una serie de patologías. Ello trae implícito un problema de financiamiento. Esto porque habrá siempre una distancia entre las patologías que debiesen incluirse en el plan y las patologías que son realmente financiadas por el sistema<sup>24</sup>. El AUGE, a través de las 56 patologías contempladas, nació con un diseño de financiamiento que buscaba garantizar la atención de estas y los recursos para asegurar el acceso y la equidad y, a su vez, mediante la creación de una prima universal y un fondo de compensación, generar una redistribución solidaria de los fondos del sistema.

<sup>24</sup> Ya en Aedo y Sapelli 1999 se menciona este problema.

Sin embargo, distintos análisis técnicos han puesto en serias dudas la capacidad de financiamiento, especialmente por el total desconocimiento de la demanda que provocará al sistema. Asimismo, al momento de constatar la realidad de los hospitales, de los recursos humanos disponibles, de la infraestructura y su desigual desarrollo en las distintas regiones del país, se han evidenciado todavía más las dificultades que puede tener la implementación de este plan AUGE. En efecto, la autoridad no ha evaluado la variable del aumento del gasto en salud, que resulta un elemento fundamental en la sustentabilidad financiera que pueda tener a largo plazo. Al no dilucidarse este punto, existe la posibilidad de que finalmente el AUGE se termine convirtiendo en un plan de enfermedades catastróficas, sin cumplir con su objetivo inicial, cual era responder a las enfermedades prioritarias del sistema, según los cambios epidemiológicos y demográficos que ha experimentado el país durante los últimos años.

Por otro lado, también existen estudios previos que dan cuenta de la brecha que hay entre los requerimientos de inversión que el país necesita en infraestructura y equipamiento, versus las reales capacidades de financiamiento que posee el Estado. En el mejor escenario posible para el AUGE, considerando por ejemplo que los aranceles FONASA subestiman los costos reales en un 25%, como ocurre actualmente, y que un 10% de las prestaciones, procedimientos e insumos que requieren las patologías seleccionadas no están costeadas, se llegaría a que el costo esperado de las 56 prestaciones para el 2010 sería de \$81.251 millones, es decir, un 76,63% mayor al valor indicado para la prima AUGE. En este caso se requerían de US\$ 617 millones para financiar la brecha producida en el 2010.

Una alternativa para reformar el sistema es la implementación de un sistema de MSA ligada a un seguro catastrófico, opción que no se ha discutido en profundidad hasta el momento. A continuación se explica una propuesta para implementar un sistema de MSA en Chile.

## V. PROPUESTA PRELIMINAR

**A**

Al igual que en los otros países donde se han implementado las MSA, ellas deben ir acompañadas de un seguro catastrófico con un alto deducible. De esta forma se evita el riesgo financiero al que están expuestas las familias por una enfermedad muy costosa. Dado el alto deducible que presenta este seguro, la prima debe ser sustancialmente menor que los seguros que actualmente ofrece el mercado por el 7% de la cotización. Así una vez pagado el seguro a la persona le “sobrará” dinero del 7% de su salario. Este dinero no se le devolverá, sino que será depositado en una cuenta personal. El dinero que la persona ahorre en esta cuenta le pertenece al dueño de la cuenta MSA, y será ocupado para financiar los gastos en salud. Es importante señalar que, a diferencia de los planes actuales, las primas se debieran calcular, considerando toda la información pública existente. Esta forma debe ser aplicada universalmente, es decir para todos los trabajadores del país, a diferencia del actual sistema que sólo obliga a cotizar a los trabajadores dependientes.

Para pagar las cuentas que están dentro del deducible del seguro catastrófico se ocupa el dinero que la persona tenga ahorrado en su cuenta MSA. La persona trabajadora que gasta poco en salud tenderá a acumular dinero en su cuenta, mientras que la persona enferma que no trabaja o gana muy poco tenderá a agotar el dinero de la cuenta. De esta forma, mientras la persona es joven y trabajadora, ahorrará dinero para financiar su “vejez”.

Al igual que en el sistema actual, tanto el seguro catastrófico como la cuenta MSA debieran diseñarse por hogar. Lo que se pretende con el seguro es evitar una catástrofe financiera para la familia por alguna enfermedad de algún miembro de esta. El deducible que tenga que pagar una persona, dependiendo de su nivel de ingreso, puede resultar en una catástrofe financiera para algunos, mientras que para otros no. Así, por ejemplo, un seguro catastrófico con deducible de UF100 para las familias de mayores ingresos puede implicar un buen seguro, mientras que para familias de menores ingresos pagar resultaría imposible (a no ser que tenga mucho dinero ahorrado en la cuenta MSA). Por esto es que el deducible del seguro debiese ir de acuerdo al sueldo del cotizante. En este sentido, se propone un deducible de un 25% del ingreso anual del asegurado. Un seguro con estas características implica que los que tienen más dinero tendrán que pagar una menor prima (por tener el seguro un mayor deducible). Mientras que los que tienen menores ingresos y mayores riesgos tendrán una prima mayor y por ende una menor cantidad de dinero para ahorrar.

## 5.1 SUBSIDIO A LOS MÁS POBRES

El problema se presenta en el caso de los más pobres. En primer lugar, porque el seguro catastrófico de una persona con menos recursos es más costoso que el seguro promedio. Y en segundo lugar, porque al ganar menos, el seguro representa una mayor parte del ingreso, incluso más que el 7% actualmente imponible.

Las personas del quintil más pobre de la población agrupan a un total de 773.696 hogares con un ingreso promedio anual por hogar de \$1.115.556 y un promedio de 4,5 personas por hogar. De esta forma tenemos que, para el quintil más pobre, el 7% que cotizan no alcanzaría ni siquiera para pagar el seguro catastrófico. El segundo quintil más pobre, en tanto, agrupa a un total de 775.061 hogares con un ingreso promedio anual por hogar de \$2.410.260 y un promedio de 4,3<sup>25</sup> personas por hogar. Con este ingreso la familia estaría en el límite para alcanzar a pagar la prima.

La prima de un seguro catastrófico, con un deducible igual al 25% del sueldo para una persona pobre es muy costosa. A su vez, el bajo deducible que tendría este seguro haría que rápidamente se alcance el deducible y los gastos en salud no tendrían costos extras para el asegurado, lo que implicaría volver a una situación de riesgo de abuso.

Se hace, por tanto, indispensable que estos grupos familiares sean subsidiados por el Estado. En el caso de los indigentes y desempleados, debiese existir un seguro de última instancia que tendría que ser íntegramente financiado por el Estado, ya que este grupo no puede pagar prácticamente nada. A este seguro de última instancia también se puede incorporar a las familias con ingresos muy bajos, para las cuales destinar un porcentaje de su sueldo a salud puede resultar imposible. Este seguro puede seguir operando como operan los grupos A y B actualmente en FONASA, es decir que se les proporcione salud gratuita, en un sistema cerrado de prestadores, subvencionado por el Estado.

A los hogares que tienen ingresos mayores, pero que siguen siendo bajos, se propone lo siguiente. Dado que un deducible equivalente a un porcentaje de su sueldo es muy bajo, un seguro catastrófico con ese tipo de deducible tendría una prima muy alta. Para solucionar esto se le pone un tope inferior al deducible, a objeto de que existan compañías dispuestas a ofrecer este seguro. Luego este se licita públicamente entre las compañías aseguradoras del mercado. La licitación es por un período determinado al cabo del cual se vuelve a hacer la licitación. La compañía que gane la licitación tiene que responder por todos los gastos en salud en que incurran los pacientes una vez alcanzado el tope del deducible. Como este

---

<sup>25</sup> Fuente: MIDEPLAN, División Social, Departamento de Información Social, Ecuista CASEN 2000.

grupo tampoco está en condiciones de pagar los gastos que estén por debajo del deducible, se mantienen los copagos de acuerdo al ingreso que operan actualmente en FONASA. Para pagar estos copagos se podrán utilizar las MSA.

Dada la escasa capacidad de ahorro de estas personas debe existir un subsidio a la cuenta que sea decreciente con el nivel de ingreso y que vaya de acuerdo a lo que ahorre la persona. Así, por ejemplo, a una persona muy pobre que abona un peso a la cuenta MSA el fisco se puede comprometer con agregar otros 3 pesos. Mientras que para una persona con un mayor ingreso el Estado se puede comprometer a financiar 2 pesos en la cuenta MSA por cada peso que el afiliado disponga en la MSA.

Ahora bien, mientras mayor sea el financiamiento que proporciona el fisco, mayores debiesen ser las restricciones que tiene este tipo de seguro, para así evitar que los pacientes abusen del subsidio para gastarlo en hotelería u otros servicios que no son estrictamente necesarios. A su vez esto implica un menor gasto por parte del Estado.

Para promover la competencia entre los distintos proveedores de salud, tanto públicos como privados, los dineros destinados a subsidiar a los hospitales debiesen tender cada vez más a ser destinados a las municipalidades. De esta forma, las municipalidades en posesión de los subsidios negociarían con hospitales y clínicas donde comprarían soluciones. Así las municipalidades tendrían incentivos a ahorrar en costos, buscando los hospitales y clínicas más eficientes.

## 5.2 ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas en este contexto debieran tener un tratamiento especial. Esto porque una persona a la que se le detecta una enfermedad crónica va a tener problemas para conseguir un seguro al año siguiente al que se le descubra la enfermedad. Para esto se plantean dos posibles soluciones. La primera<sup>26</sup> es que el seguro catastrófico le pague un monto equivalente al valor presente de los gastos de dicha enfermedad (estipulada en algún tipo de protocolo). La segunda alternativa consiste en que la aseguradora a la que pertenecía el asegurado cuando se le detectó la enfermedad se haga cargo de los gastos asociados a la enfermedad por los años venideros. Los tratamientos tienen que estar predeterminados para que no se gaste en terapia innecesaria. Así la persona se puede cambiar de aseguradora sin que la nueva aseguradora considere en la prima la enfermedad crónica, ya que la aseguradora antigua debe responder por el monto.

---

<sup>26</sup> Aedo y Sapelli (1999).

La primera alternativa tiene la ventaja de que elimina el riesgo de abuso y le permite a la persona gastar el dinero en lo que estime conveniente. Sin embargo tiene la desventaja de que muchas veces no es posible determinar ex ante los costos futuros de una enfermedad crónica. La segunda alternativa permite que los costos se adecuen a la evolución de la enfermedad, pero tiene el problema de riesgo de abuso por parte del paciente. Las dos alternativas presentan la ventaja de que a pesar de que una persona enfrenta una enfermedad crónica, tiene la posibilidad de cambiar de aseguradora y estas ven un atractivo financiero en mantener su afiliación. Así se evita la selección de riesgos y “descreme” por parte de las aseguradoras.

### 5.3 SUBSIDIO DE TRANSICIÓN

Tal como se ha postulado, uno de los pilares de las MSA es que la gente ahorre en su juventud para luego contar con fondos para financiar la vejez que implica un gasto en salud mucho mayor. Dado que el sistema se aplicará de una vez para todas las personas, independiente de la edad o estado de salud que posean, se hará necesario una suerte de subsidio de “transición” para financiar la salud de la gente mayor que simplemente no va a alcanzar a ahorrar lo suficiente para financiar su salud.

Para evitar que la persona en su juventud por “miopía” o por confiar en que en caso extremo el gobierno se hará cargo de sus gastos en salud, se hace necesario que los dineros que se encuentran en las MSA no puedan ser usados para otro fin que no sea salud. También se deben establecer montos máximos de dinero que la persona puede retirar de la MSA, para de esta forma evitar que la cuenta se vacíe rápidamente. Esto es de especial importancia en los primeros años de funcionamiento del sistema en cuanto se tiene que promover el ahorro para que las cuentas logren acumular fondos.

Otro punto importante será la puesta en marcha de la reforma. Esto por cuanto existirá un grupo de gente que se acerca a la jubilación que no tendrá tiempo suficiente para ahorrar el dinero necesario en la cuenta MSA para hacer frente a los costos en salud de la “vejez”. Dada la incapacidad que tuvo este grupo de acumular dinero en las MSA se hace necesaria una fórmula de financiamiento en forma de subsidios que permita a este grupo acceder a los servicios de salud.

Se debiera permitir que una vez que la cuenta llegue a un nivel determinado, que puede depender de la edad y de la condición de salud, se le permita sacar dinero de la MSA para uso personal o para contratar seguros con un mayor deducible (que de esta forma tendrán una menor prima). Así se incentiva el ahorro de la persona y hace que el dinero de la cuenta lo sienta más propio y tenga mayor liquidez.

Esta propuesta permite que se aprovechen de mejor manera los recursos en el sector salud, al hacerse la persona responsable por los gastos que realiza. Así la sociedad internaliza de mejor manera los costos que implica la salud y se evita una situación donde los precios de este sector no correspondan a los verdaderos costos. Por otra parte, elimina el riesgo financiero de las familias al establecer un seguro catastrófico que va de acuerdo al ingreso de la persona. Se eliminan los incentivos que tienen las aseguradoras privadas para quedarse con las personas más sanas y sacar a las personas enfermas, ya que cada uno paga de acuerdo a sus propios riesgos. Por último estimula la competencia, pues el sector privado para captar clientes tendrá que ofrecer planes y servicios que atraigan al público, incluyendo a los más pobres, dado el subsidio que obtiene.

Como último punto cabe señalar que uno de los pilares de la presente propuesta es la capacidad de elección de la persona sobre lo que va a consumir. Es sabido que en el mercado de la salud, dada la asimetría de información existente entre el paciente y el médico, la capacidad de elección del paciente no es tan amplia como en otros mercados. Es por esto que la presente propuesta debiese ir ligada a acciones que permitan ampliar la capacidad de elección por parte de los consumidores. Medidas tendientes a aumentar la información de los pacientes ayudarían a una mejor asignación de recursos.

#### 5.4 CONTENCIÓN DE COSTOS

Estimar en cuánto disminuirían los costos del sistema de salud por la aplicación de las MSA, no es una tarea sencilla. Lo que se hace en esta sección es sólo una aproximación de la reducción de costos con la implementación de las MSA en Chile.

Lo primero es estimar el costo que tendría el seguro catastrófico para las familias. Para esto se tomaron como referencia las primas de los actuales seguros de salud para ver a cuánto debiese ascender la prima del seguro que se pretende incorporar. Cabe señalar que la prima del seguro catastrófico va a depender de los ingresos de la familia, en vista que el deducible varía según el ingreso. Para los cálculos se dividió a la población por quintiles de ingreso. En los quintiles de menores de recursos se debieran observar dos efectos. Por un lado, la prima debiera ser más alta debido al mayor número de integrantes en el hogar (lo que puede aumentar el riesgo). Por otro lado, la prima debiese ser menor debido a que a mayor aporte fiscal, mayor debiesen ser las restricciones del seguro. En el cuadro 1 se muestran para los distintos quintiles de ingreso, los ingresos promedios por hogares, número de hijos promedio, la cotización (calculada como el 7% de los

ingresos), deducible que le correspondería, costo estimado del seguro<sup>27</sup>, y cantidad de dinero que le quedaría disponible al hogar para ahorrar en la MSA.

Como se aprecia en el cuadro es prácticamente imposible que los primeros quintiles de ingreso manejen una cuenta tipo MSA. Esto porque el nivel de ingresos hace que el costo del seguro sea mayor, y que ni siquiera se alcance a pagarlo, destinando íntegramente el 7% de cotización. De esta forma no existen fondos que puedan ahorrar en la MSA. Ante esta situación se hace imposible aplicar las MSA para este grupo.

El tercer y cuarto quintil de ingreso necesitarán de subvenciones al pago del seguro, o a la cuenta MSA, o a una combinación de ambos, para de esta forma asegurar su capacidad de ahorro. En principio, la subvención debiese ser mayoritariamente al seguro para que de esta forma el afiliado ahorre su dinero en la cuenta MSA. Cabe recordar que para el año 2000 el gasto promedio per cápita en Chile era de UF 7,8 en el sector público y UF 11,3 en el sector privado. Si se multiplica el gasto per cápita por el número de personas promedio en los hogares de cada quintil tenemos que en el tercer quintil el gasto promedio por hogar es de UF 30,3 en el sector público y UF 44,1 en el sector privado. Mientras que en el cuarto quintil el gasto promedio por hogar es de UF 33,4 en el sector público y UF 48,6 en el sector privado. La cantidad que gasten los individuos en estas cuentas debiera ser sustantivamente menor con el nuevo sistema, ya que una parte importante de estos gastos correrán por cuenta del seguro. Sin embargo, a pesar de esto se hace necesaria una subvención. En el quinto quintil de ingresos la aplicación del sistema no debiese tener mayores inconvenientes y es donde el sistema de MSA se podrán aplicar en su forma pura.

**Cuadro N° 1:**  
**Distribución por quintiles de los montos requeridos para financiar el seguro catastrófico y la libreta de ahorro para salud**

Quintiles	V	IV	III	II	I
Promedio personas por hogar (en UF)	3,1	3,4	3,9	4,3	4,5
Ingreso Anual (en UF)	1081	346	230	152	70
Deducible (en UF)	250,2	86,5	57,6	38,2	17,7
Límite de deducible (en UF)	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Máximo aporte Fiscal (en UF)	0,0	0,0	0,0	11,8	32,3
Costo Seguro (en UF)	3,6	7,8	10,0	12,0	13,2
Cotización (en UF)	75,7	24,2	16,1	10,7	4,9
% Seguro	0,3%	2,2%	4,3%	7,9%	18,7%
% Ahorro	6,7%	4,8%	2,7%	-0,9%	-11,7%
Ahorro MSA (en UF)	72,1	16,4	6,2	-1,3	-8,3

Fuente: estimaciones propias.

<sup>27</sup> Para estimar el costo del seguro catastrófico se tomaron como referencia los seguros que actualmente se ofrecen en el sistema. Para más detalles ver anexo 2.

En cuanto a la disminución de costos que tendría el sistema es difícil tener una estimación, esto porque la contención de costos variará sustancialmente de acuerdo a los subsidios que se establezcan, así como a los montos que se destinen al seguro y a la cuenta MSA. Si pensamos en el quinto quintil de ingreso, se tiene que antes este grupo compraba un seguro por el 7% de su ingreso con copagos de alrededor de un 20%. Con el nuevo sistema este grupo compraría un seguro por el 0,3% de sus ingresos, mientras que el resto de la cotización se ahorraría en la cuenta MSA. Para este grupo prácticamente todo el gasto en salud lo tendrá que pagar de su cuenta o sea que se pasa a una situación de copago de alrededor de 80%.

Las cifras de elasticidad precio de la salud varían ampliamente de acuerdo al tipo de prestación. En Ringel et al. (2002) se estima que la elasticidad precio de la demanda tiende a centrarse en alrededor de  $-0,17$ . Debido a que el precio que tendrá que pagar el último quintil de ingreso casi se cuadriplica, se podría pensar en una disminución de un 60% en los gastos de salud; sin embargo, esta cifra puede estar sobre estimada por una serie de factores, entre ellos el que la cuenta MSA es menos líquida que el dinero. A pesar de esto es de esperar una notable reducción en los costos.

Para los otros quintiles la magnitud de la disminución en los costos debiera ser menor, ya que el seguro es más caro y empieza a cubrir a partir de menores deducibles, a su vez que los subsidios son mayores. Por último, en los hogares con menor nivel de ingreso en que se mantiene la situación actual se puede también esperar una disminución en los costos si se amplían los subsidios a las municipalidades para que sean estas las que compren las soluciones a los distintos prestadores, estimulando de esta forma la competencia.

## 5.5 GANADORES Y PERDEDORES

Como en cualquier reforma bajo esta nueva modalidad existirán ganadores y perdedores en términos económicos. Entre los que figuran como ganadores se tiene que:

- Trabajadores que no gastan en salud verán que la cotización que no utilizaron les sigue perteneciendo. A su vez, la gente que tiene una enfermedad muy costosa también se verá beneficiada, ya que en el peor de los casos tendrán que pagar un 25% de sus sueldos para hacer frente a los gastos médicos. En el sistema actual no existen topes para la cantidad máxima que se puede gastar en salud.
- Los indigentes mantendrán el sistema actual de salud; sin embargo, de haber una disminución de costos se podrían focalizar de mejor manera los subsidios

a este grupo. En cuanto a los pobres, estos contarán con un seguro privado que les cubriría los gastos por sobre el deducible dentro de una red cerrada. Para los pagos que estén bajo el deducible se mantendrán los copagos que existen en la actualidad basados en el ingreso. Sin embargo, gracias a la subvención que va a sus cuentas de ahorro tendrán una mayor capacidad de elección. A su vez, el hecho que las municipalidades manejen los subsidios creará una mayor competencia entre los proveedores, que debiera derivar en una mejor atención.

- Las personas con enfermedades crónicas dispondrán de una mayor posibilidad de elección entre los distintos tipos de seguros.
- Instituciones bancarias o financieras que se hagan cargo de las MSA, verán incrementado el volumen de su negocio.
- La economía como un todo se ve beneficiada con el ahorro de costos. Esto porque los recursos que se ahorran se pueden destinar a actividades más eficientes. Las MSA pueden tener un impacto positivo considerable en el ahorro nacional. En un país como Chile, donde las tasas de ahorro son bajas en una perspectiva internacional, no sería menor el impacto que generarían en la economía los saldos ahorrados en las MSA.

Por otro lado, entre los que figuran como perdedores se tiene que:

- Existirá un grupo entre los que más gastan y los que menos gastan que puede resultar perdedor: aquellas personas que agotan sus fondos de las MSA y que tienen que llegar a gastar en el caso más extremo el 25% de su renta. Este grupo de personas puede, en el sistema actual, tener un copago bajo, por lo que hubiesen gastado menos dinero que bajo el sistema de MSA.
- En general, dada la disminución de costos que debiese existir por la aplicación de este sistema existiría una menor demanda por prestaciones de salud, lo que perjudicaría a los oferentes de salud, entiéndase por esto laboratorios, farmacias, clínicas, hospitales, médicos, enfermeras, etc. En especial se verán perjudicadas instituciones que sean ineficientes y que subsistan gracias a los subsidios directos.
- Las ISAPRE verán reducido su tamaño, debido a que ahora la gente no destinará un 7% de su ingreso para el seguro, sino que sólo destinarán el porcentaje correspondiente al pago de la prima por el seguro catastrófico.
- Existirán costos de ajustes que pueden llegar a ser importantes. Así la disminución del tamaño en laboratorios, clínicas o ISAPRE no se ajusta instantáneamente con el crecimiento en industrias como la bancaria y otras a las que se destine el ahorro en costos.
- Respecto al gobierno es difícil estimar a cuánto ascenderán los subsidios necesarios para llevar a cabo la presente reforma. Sin embargo, dada la competencia que existiría entre las compañías aseguradoras y los prestadores de salud se estima que los subsidios podrían bajar por este concepto. A pesar de esto no es claro que los subsidios disminuyan. Actualmente el sistema se

regula por tiempos de espera, entre otras cosas. Con el nuevo sistema no debieran existir estas esperas, por lo que las personas de escasos recursos que actualmente dentro del precio que pagan por una prestación sufren esta espera, con el nuevo sistema este “precio” baja, con lo que aumenta el consumo y aumenta el subsidio destinado a ellos. En lo que respecta a la asignación de los subsidios la propuesta que se plantea resulta más eficiente, ya que el subsidio va directamente al “bolsillo” de la persona más necesitada, mientras que bajo el sistema actual existen subsidios que terminan en “manos” de las personas con mayores recursos que no los necesitan. A su vez, para implementar el sistema el gobierno tendrá que financiar a las personas que a la hora de la puesta en práctica estaban en edades avanzadas, por lo que no pudieron ahorrar para su vejez.

## VI. CONCLUSIONES

**E**l AUGE, a través de sus 56 patologías contempladas, nació con un diseño de financiamiento que buscaba garantizar la atención de ellas y los recursos para asegurar el acceso y la equidad, y a su vez, mediante la creación de una prima universal y un fondo de compensación, generar una redistribución solidaria de los fondos del intra sistema.

Sin embargo, distintos análisis técnicos han puesto en serias dudas la capacidad de financiamiento del AUGE, especialmente por el total desconocimiento de la demanda que provocará al sistema. Asimismo, al momento de constatar la realidad de los hospitales, de los recursos humanos disponibles, de la infraestructura y su desigual desarrollo en las distintas regiones del país, se han evidenciado todavía más las dificultades que pueda tener la implementación de este plan de salud.

En efecto, la autoridad no ha evaluado la variable del aumento del gasto en salud, que resulta un elemento fundamental en la sustentabilidad financiera que pueda tener el AUGE a largo plazo. De lo contrario, al no dilucidarse este punto, existe la posibilidad de que finalmente se convierta en un plan de enfermedades catastróficas, sin cumplir con su objetivo inicial, cual era responder a las enfermedades prioritarias del sistema, según los cambios epidemiológicos y demográficos que ha experimentado el país durante los últimos años.

Por otro lado, también existen estudios previos que dan cuenta de la brecha que hay entre los requerimientos de inversión que el país necesita en infraestructura y equipamiento, versus las reales capacidades de financiamiento que posee el Estado.

En el mejor escenario posible para el AUGE, considerando por ejemplo que los aranceles FONASA subestiman los costos reales en un 25%, como ocurre actualmente, y que un 10% de las prestaciones, procedimientos e insumos que requieren las patologías AUGE no están costeadas, se llegaría a que el costo esperado de las 56 prestaciones para el 2010 sería de \$81.251 millones, es decir, un 76,6% mayor al valor indicado para la prima AUGE. En este caso se requerían de US\$ 617 millones para financiar la brecha producida en el 2010.

El presente estudio pretende mostrar una alternativa al financiamiento actual del sistema de salud, que no pasa necesariamente por la implementación del plan AUGE. Este sistema se ha implementado con diferentes resultados en Singapur, Sudáfrica, China y EEUU. A su vez se estudia su implementación en Canadá y Hong Kong.

El sistema se basa en construir cuentas de ahorro personales (MSA) destinadas para la salud, de forma que en vez de cotizar para un seguro por un monto del salario se cotiza en una cuenta de ahorro personal destinada a cubrir los gastos en salud en que se incurra. Actualmente este sistema se encuentra en un amplio debate mundial sin que se tenga todavía resultados concluyentes.

En teoría el sistema de MSA permitiría eliminar el riesgo financiero de las familias así como disminuir el “sobre” consumo de prestaciones médicas derivado de que el consumidor no enfrenta el precio real de las prestaciones.

A pesar de las bondades teóricas del sistema MSA para la viabilidad de su aplicación en Chile es necesario profundizar los estudios en cuanto a la implementación del sistema, sobre todo en lo que respecta a lo que serían los grupos críticos, entendiéndose a los hogares con menos recursos, los enfermos crónicos y la tercera edad.

Para muchos, la posibilidad de que los más pobres tengan que pagar un deducible por la atención de salud, aunque sea un monto pequeño, resulta impresentable. Esto aunque reconozcan las bondades que estos copagos tienen. Algunas alternativas se pueden discutir para evitar que este grupo realice contribuciones. La más directa consiste en mantener con perfecciones el ingreso al sistema de salud a través de los consultorios. El gasto implícito en esos consultorios por beneficiario se contabilizaría como deducible. Las enfermedades de mayor complejidad se atenderían con cargo al seguro básico catastrófico. El sobreconsumo se limitaría a través de la atención cerrada que representan los consultorios.

Una alternativa de creciente uso en distintas regiones del globo son las cuentas de ahorro para la salud, MSA. Las familias en este caso aportan por un período determinado a estas cuentas hasta alcanzar un monto de, por ejemplo, un 60% del deducible. Las cuentas sólo se podrán emplear en gastos de salud y tendrían que ser administradas por las mismas instituciones que ofrecen el seguro catastrófico, las que, sin embargo, podrían delegar esa administración en otras instituciones.

Por otro lado se requiere que el subsidio otorgado para financiar el plan de salud sea portable. Esto significa que la persona podrá cambiarse de institución aseguradora, llevándose con ella el monto del subsidio. La portabilidad del subsidio aseguraría una mayor eficiencia en el gasto de salud. Permitiría, además, que la persona no quedará atada de por vida a una institución si no está satisfecha con la atención de salud que recibe en ella. Para evitar la posibilidad de discriminación por riesgos, se introducirán mecanismos de ajuste de riesgo. Estos, si bien no son fáciles de implementar, se pueden complementar con medidas que faciliten esta tarea. Para estos efectos, es importante y conveniente que las



aseguradoras no puedan negar la venta de un plan de salud a los afiliados que lo requieran.

## VII. ANEXO

### 1. Copagos en FONASA

En FONASA el porcentaje de copago depende del nivel de ingreso para la modalidad institucional<sup>28</sup>. De esta forma los afiliados con ingresos imposables menores a \$115.648 no pagan copago alguno. Los afiliados con ingresos menores a 168.846 y mayores a 115.648 pagan un 10% de copago. Por último los afiliados con un ingreso imposable mayor a 168.846 pagan un copago de 20%.

En la modalidad libre elección<sup>29</sup> pueden elegir prestadores, modalidad a la que no pueden acceder los indigentes, los que reciben pensiones asistenciales y los que son causantes del subsidio único familiar. La atención se paga de acuerdo a un bono de atención de salud cuyo valor depende del nivel de inscripción del profesional o establecimiento de salud donde se atiende, existiendo para ello tres niveles: 1, 2 y 3, donde el nivel 1 es el más barato y el 3 el más caro.

---

<sup>28</sup> Son las atenciones de salud entregadas en los establecimientos públicos de salud.

<sup>29</sup> Son aquellas entregadas por profesionales y establecimientos de salud privados y que hayan suscrito convenio con FONASA. Sin embargo, los hospitales públicos también atienden bajo esta modalidad, cuando el beneficiario elige a su médico tratante y/o desea ser hospitalizado en sala de pensionado o medio pensionado.

## 2. Seguros catastróficos actuales y sus respectivos precios.

A continuación se presentan tres seguros catastróficos ofrecidos por compañías aseguradoras privadas. Con los precios y características de estos seguros se estimaron los precios promedios de los seguros catastróficos para los distintos quintiles de ingreso.

### COMPARACIÓN DE SEGUROS CATASTRÓFICOS

	COBERTURA TOTAL	GOLDEN MAX	ING
Beneficios Nacionales	Cobertura 100%, tope 15.000 UF, deducible 80 UF.	Cobertura 100% de las bonificaciones que excedan el tope general anual del Plan de Salud, tope 15.000 UF.	Cobertura 100% y 50% medicamentos ambulatorios, tope 10.000 UF o 35.000 UF, deducible 100 UF.
Beneficios Extranjero	Cobertura 50%, tope 15.000 UF, Deducible 200 UF.	En el extranjero los HMQ se reembolsan con plan de salud.	Cobertura 50%, tope 10.000 UF o 35.000 UF, Deducible 100 UF.
Requisito Límite de Edad.	Cobertura hasta 65 años. Edad límite de ingreso: 60 años.	Cobertura hasta 65 años. Edad límite de ingreso: 65 años	Cobertura hasta 65 años. Edad límite de ingreso: 59 años
Regalo	Everest, Cordillera Plus, Himalaya, Aconcagua (3XXX).	A planes con tope general anual $\geq$ 3.000 UF: VIP, Premium, Master, Line, Polo, Mix (quedan fuera sólo los Blue).	No se regala.
Venta	Cordillera	Classic y Blue.	Se vende a todos los planes.
Vigencia Regalo	Se regala por 2 años.	Se regala por 2 años.	

	<b>Integrante Edad</b>	<b>Cobertura Total</b>	<b>Golden Max</b>	<b>Salud Total</b>
Ejemplo Costo Familia Tipo	Titular 47 Cónyuge 42 Hijo 17 Hija 12	0.68 UF	0.42 UF	0.69 UF
Ejemplo Costo Familia Tipo	Titular 35 Cónyuge 32 Hijo 6	0.49 UF	0.30 UF	0.57 UF
Ejemplo Costo Familia Tipo	Titular 58 Cónyuge 54 Hijo 10 Hija 17 Hija 21	1.14 UF	0.6 UF	1.15 UF
Ejemplo Costo Familia Tipo	Titular 30 Cónyuge 25	0.27 UF	0.24 UF	0.31 UF
Ejemplo Costo Familia Tipo	Titular 24	0.1 UF	0.12 UF	0.1 UF

### 3. Cifras de Salud y Gasto comparativas entre países<sup>30</sup>

#### Gasto en Salud como porcentaje del PIB (US\$ 2001)

	1997	1998	1999	2000	2001
Chile	6.6	6.9	6.8	6.8	7
China	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5
EEUU	13	13	13	13.1	13.9
Inglaterra	6.8	6.9	7.2	7.3	7.6
Singapur	3.7	4.2	4	3.6	3.9
Sud África	9	8.7	8.8	8.7	8.6

	Población total (en miles)	Expectativa de vida al nacer	Mortalidad infantil (antes 5 años) en base 1000	
			Hombres	Mujeres
Singapur	4,183	79.6	4	3
China	1,302,307	71.1	31	41
Chile	15,643	76.7	16	13
Sudáfrica	44,759	50.7	86	81
Inglaterra	59,068	78.2	7	6
EEUU	291,083	77.3	9	7

	Mortalidad entre adulta (entre 15 y 59 años) en base 1000		Expectativa de vida saludable	Expectativa de vida saludable a los 60 años	
	Hombre	Mujeres		Hombres	Mujeres
Singapur	90	53	70.1		
China	165	104	64.1	13.1	14.7
Chile	134	67	67.3	13.9	16.8
Sudáfrica	598	482	44.3	10.6	12.1
Inglaterra	107	67	70.6	15.7	18.1
EEUU	140	83	69.3	15.3	17.9

<sup>30</sup> Fuente: World Health Organization.

	Gasto en salud	Porcentaje del gasto en salud		Fuentes del gasto privado	
		Gasto Público	Gasto Privado	Pre-pago	Del bolsillo
Singapur	25,394	33.5%	66.5%	0.0%	97.0%
China	4,095	37.2%	62.8%	0.4%	95.4%
Chile	11,265	44.0%	56.0%	40.3%	59.6%
Sudáfrica	7,538	41.4%	58.6%	72.2%	22.1%
EEUU	35,182	44.4%	55.6%	64.1%	26.5%
Inglaterra	26,273	82.2%	17.8%	17.2%	55.3%

Cifras calculadas con dólares internacionales del año 2001.

## VIII. REFERENCIAS

- Aedo C, Sapelli C. “El Sistema de Salud en Chile: Readecuar el Mandato y Reformar el Sistema de Seguros”. Estudios Públicos; 1999.
- Matisonn S. “Medical Savings Accounts in South Africa”. National Center for Policy Analysis. 2000.
- Barr M. “Medical Savings Accounts in Singapore: A Critical Inquiri”. Journal of Health Politics, Policy and Law. N° 4, Agosto 2001.
- Blair S. Taylor R. “Financing Health Care”. The World Bank Group Mayor 2003.
- Hsiao W. Yip W. “Medical Savings Accounts: Lessons From China”. Health Affairs. Diciembre 1997.
- Hanvoravongchai P. “Medical Savings Accounts: Lessons learned from International Experience”. World Health Organization Discussion. Paper N°52. Octubre 2002.
- Ringel J. Hosek S. Vollaard B. Mahnovski S. “The Elasticity of Demand for Health Care. A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System”. National Defense Research Institute, RAND Healh. 2002.
- Keeler EB, Malkin JD, Goldman DP, Buchanan JL. “Can Medical Savings Accounts for the noneldery reduce health care costs?” JAMA 1996.

## SERIE OPINIÓN SOCIAL

### Ultimas Publicaciones

- Nr. 85**            **Movilidad de la Pobreza en Chile. Análisis de la Encuesta Panel 1966/2001.**  
Rodrigo Castro F. y Felipe Kast S.  
Septiembre, 2004.
- Nr. 86**            **Seminario Calidad y Gestión en Educación Versión 2003.**  
M. de los Angeles Santander (editora)  
Octubre, 2004.
- Nr. 87**            **Autonomía en Educación: ¿Vamos en la Dirección Correcta?**  
M. de los Angeles Santander.  
Noviembre, 2004.