

Equidad en el Financiamiento de la Salud y Protección Financiera en Chile: Una Descripción General¹

Equity in health care financing and financial protection in Chile: a general description

Camilo Cid²
Alberto Muñoz³
Ximena Riesco⁴
Manuel Inostroza⁵

Resumen

La distribución del financiamiento de la salud, entre el sector público y el privado, es inequitativa. El 38% de los recursos totales que el país gasta, se ocupan en el 21% de la población (Isapre) y el 62% de los recursos se destina a la mayoría restante de 79% de la población (Fonasa). Dada la diferencia de ingresos entre las personas de ambos sistemas, el 59% de las cotizaciones van al sector privado y sólo el 41% al sector público, situación que es parcialmente compensada con aporte fiscal, que compone poco más de la mitad del total de ingresos del sector público.

El gasto per cápita total es prácticamente el doble en isapres respecto al Fonasa y la brecha tiende a aumentar en el tiempo, aunque de manera estable desde el año 2001. Los beneficios medidos en gasto per cápita en prestaciones y en subsidios de incapacidad laboral, son claramente desiguales.

Los gastos de bolsillo, compuestos por co-pagos, pagos directos y gasto directo en fármacos, ocupan el segundo lugar en importancia para el financiamiento global de la salud en Chile (33%). La distribución del financiamiento por gasto de bolsillo, difiere entre el sector público y privado, siendo significativamente mayor en las Isapre. Aquellos que no están adscritos a un sistema de aseguramiento deben cancelar prácticamente la totalidad de los costos.

Para disminuir las desigualdades, se requiere incentivar la existencia de mecanismos que promuevan tanto la solidaridad entre los sistemas, como la protección financiera de los mismos, aspectos centrales para la redistribución y efectiva equidad en el financiamiento para acceder a la atención de salud.

Palabras clave: financiamiento de la atención de salud; inequidad público-privada en el financiamiento de la atención de salud; gastos de bolsillo para la atención de salud.

Abstract

The distribution of health care financing, between the public and the private sectors, is not equitable. Out of the total national expenditure, 38 % goes to 21% of the population (private insurance beneficiaries), and 62% goes to the remaining 79% of the insured population (National Health Fund). Due to the income differential

¹ Este trabajo está basado en uno mayor titulado "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de la Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera", elaborado por C. Cid, A. Muñoz, X. Riesco, E. Salazar, R. Tegtmeier, M. Inostroza. Superintendencia de Salud. Febrero de 2006. <http://www.superdesalud.cl>

² Economista, Depto. Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud, M.A., PhD (c). ccid@superdesalud.cl

³ Economista, Jefe Depto. Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud, M.A.

⁴ Médico. Depto. Estudios y Desarrollo Superintendencia de Salud, MSc, PhD (c).

⁵ Médico, Superintendente de Salud, MSc.

between the affiliates of the two systems, 59% of the insurance contributions goes to the private sector and only 41 % to the public sector. This is partially compensated by a central government assignment, which amounts to slightly more than half of the receipts of the public sector.

The total per caput expenditure of private insurance is approximately twice that of the National Health Fund. This difference has grown over time; only in the last few years, starting in 2001, the rate of growth of the gap has become stable. The benefits in terms of per caput expenses in health services and in labour disability subsidies are clearly unequal.

Out-of-pocket expenses, consisting of co-payments, direct payments and purchase of medicines, rank second in the global financing of health care in Chile: 33%. The relative importance of out-of-pocket financing is clearly greater in the private insurance sector (Isapres). As to the uninsured, they must pay for almost the entire cost of the services received.

In order to reduce these inequities, it is required to: incentivate solidarity mechanisms between the systems, and the financial protection within each one.

Key words: health care financing; public-private inequities in health financing; out-of-pocket expenditure for health.

1. INTRODUCCIÓN

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

La definición de equidad desarrollada por M. Whitehead⁶, la define respecto del estado o nivel de salud de las poblaciones, como *"Una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial de salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse"*⁷

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

En este ámbito, la equidad en la satisfacción de las necesidades de salud, se relaciona con los

sistemas de salud en su conjunto y sus componentes, siendo importante diferenciar la equidad respecto del financiamiento de los servicios, de la equidad en la provisión de estos(9).

Respecto del financiamiento de los sistemas de salud⁸, la equidad debe ser evaluada de acuerdo a sus fuentes de origen, distribución y gasto, y respecto del gasto directo de los individuos o gasto de bolsillo.

Tanto la Organización Mundial de la Salud, OMS, (2000), como otros organismos internacionales, han establecido que los sistemas de salud debieran asegurar la equidad financiera y el acceso a la salud. En ello es básico que las políticas de financiamiento y protección financiera en salud permitan impactar, en última instancia, en el bienestar de los hogares, de manera que los hagan menos pobres o menos vulnerables a caer en pobreza. Si consideramos que las políticas deben actuar sobre el contexto y las condiciones que inciden en la salud, como lo es

⁷ *Social Justice and Equity in Health: Report on a WHO Meeting. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1986.*

⁸ *Éste se compone de al menos 3 niveles: las fuentes de aporte y recursos totales del sistema de salud; la distribución o macro asignación de los recursos disponibles dentro del sistema; y la micro asignación de recursos, o transferencia y mecanismos de pago a los proveedores de los servicios. A su vez cada uno de los niveles del financiamiento tiene diferentes componentes, acorde a las características de los distintos tipos de sistemas de salud.*

⁶ *Whitehead M (1991) "Los Conceptos y Principios de la Equidad en Salud", traducción directa del original en inglés, OMS - OPS, Serie Reprints #9, Washington, DC, 1991.*

la pobreza, concluimos que la protección financiera efectiva puede generar un círculo virtuoso para el desarrollo de las posibilidades de los hogares (4, 10).

Como fuente de financiamiento del sistema de salud, el gasto de bolsillo no sólo es inequitativo, sino que también puede ser una fuente de ineficiencia y puede representar una pérdida de recursos para la sociedad. En efecto, cuando el financiamiento vía gasto de bolsillo es muy alto y arroja importantes beneficios para los sistemas de aseguramiento y/o provisión de salud, será más rentable, para ellos, mantener o aumentar los co-pagos, que mejorar la eficiencia en la atención de salud.

El presente artículo muestra la situación general respecto de la equidad en el financiamiento del sistema de salud en Chile, organizado en 4 secciones. En el punto 2, se señalan los objetivos del trabajo y el método aplicado. El punto 3 entrega una descripción general del financiamiento y del gasto de bolsillo en el sistema de salud en Chile y la distribución de ingresos y gastos entre el sistema público y el privado. En el punto 4 se señalan las conclusiones y comentarios de este análisis.

2. OBJETIVO Y MÉTODO

El presente trabajo forma parte de un esfuerzo mayor por determinar una línea base en cuanto a solidaridad del financiamiento y el gasto de bolsillo, previa a la Reforma de salud en Chile, con el propósito de poder discriminar si la Reforma promoverá, o no, una mayor solidaridad y una mejor protección financiera.

En este caso, el análisis pretende describir, de manera general, la situación de equidad en el financiamiento en salud, dado el sistema de financiamiento existente en Chile, considerando la distribución entre el sistema público y el privado y el gasto de bolsillo.

El estudio consiste en el análisis de los datos agregados, sobre ingresos y gastos del sistema público y privado de salud, publicados en los Boletines Estadísticos de Fonasa y de las Isapres para el año 2003, lo que permite elaborar comparaciones de cifras e indicadores para tener una apreciación general de los aspectos distributivos del financiamiento(1, 6).

Por otra parte, con datos agregados y de las cuentas nacionales del total de los gastos en salud y los de Fonasa e Isapres, estimados y publicados en 2001 por FONASA-OPS, se desarrolla una descripción de los ingresos y los gastos en salud para el año 2000 y, se construyen y analizan indicadores de gasto del bolsillo, respecto del financiamiento general de la salud en Chile, de Fonasa y de las Isapres (2).

3. EQUIDAD EN EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE

Según datos del Estudio Fonasa-OPS, 2001⁹, en Chile el gasto total en salud fue, aproximadamente, el 7,6% del PIB en el año 2000. No obstante, sólo el 5,5% del PIB se realiza en el sistema de seguridad social de salud representada por Isapres y Fonasa. El 2,9% del PIB es gastado por el Fonasa y el 2,6% del PIB por el sistema privado. Un 1% del PIB es asignado a los sistemas complementarios: de accidentes laborales (Mutuales, Ley 16.744) y Fuerzas Armadas. Cabe señalar que existe aproximadamente un 10% de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social de salud y que presentan un gasto relevante equivalente aproximadamente al 1% del PIB.

La mayor parte de las cotizaciones financian al sistema privado dada la segmentación por ingresos entre ambos sistemas. El aporte fiscal se concentra en el sector público, aún cuando se contabiliza un subsidio importante al sector privado compuesto, principalmente, por los Subsidios de incapacidad laboral pre-post natal y enfermedad grave del hijo menor de un año.

3.1 Inequidad en Ingresos y Gastos del Sistema de Salud

Los ingresos del sector público de salud se componen con aporte fiscal en poco más de la mitad (51%), y aporte directo de los beneficiarios a través de cotización obligatoria del 7% (35%), co pagos y otros ingresos operacionales, como indica el Cuadro 1.

⁹ FONASA-OPS (2001). "Estimación de Cuentas Nacionales en Salud para Chile, Año 2000".

Cuadro 1
Ingresos del Sector Público de Salud, 2003.

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

Fuente: Superintendencia de Salud con datos Boletín Estadístico FONASA 2003

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

Cuadro 2
Gastos del Sector Público de Salud, 2003

Gasto	MM\$ Dic. 2005	Porcentaje
Modalidad Institucional	965.754	61,1%
Modalidad de libre elección	253.851	16,1%
Gasto administración	22.602	1,4%
Subsidios de incapacidad laboral	98.637	6,2%
Atención a particulares	56.455	3,6%
Programas de salud pública	80.811	5,1%
Gasto otras instituciones autónomas	101.721	6,4%
Total	1.579.831	100%

Fuente: Superintendencia de Salud con datos Boletín Estadístico FONASA 2003

En el sector privado, tal como se aprecia en el Cuadro 3, casi el 100% de los ingresos del sistema Isapre se compone de cotizaciones, pero sólo el 72% equivale al monto obligatorio del 7% de la renta imponible. Un 25% está compuesto por cotizaciones adicionales con que los cotizantes de Isapres complementan el financiamiento de sus planes. Estas primas están asociadas a riesgos e ingresos de las personas y el 7% representa un piso.

Cuadro 3
Ingresos Sistema Isapre, 2003

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

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

Los gastos del sistema privado se van en un 68% a pago de prestaciones. El ítem de subsidios de incapacidad laboral tiene una importancia alta en comparación con el del sistema público, dado que está asociado al nivel de ingresos bastante superior del sistema privado¹⁰: llegando a un 14% versus 6,2%. Por otra parte los gastos de administración y ventas son importantes, con más de un 14%, lo que en el sistema público representa el 1,4%. El resultado operacional en el sistema isapre alcanza el 3,3% de los ingresos operacionales y se duplicó entre 2002 y 2003¹¹.

Cuadro 4
Gastos Sistema Isapre, 2003

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

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

Dados los cuadros anteriores, no sorprende que la distribución del financiamiento entre el sector público y el privado sea inequitativa, si se supone igual necesidad de salud para cada persona,

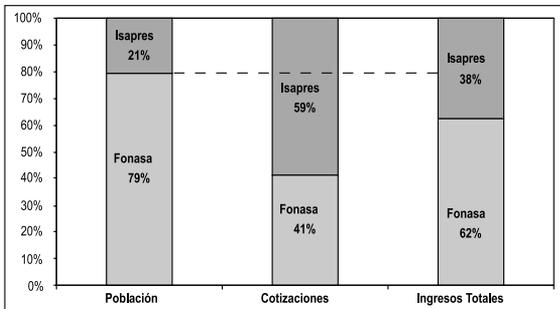
¹⁰ En el año 2004 el ingreso medio de los cotizantes de isapres fue \$561 mil, en Fonasa fue de \$131 mil.

¹¹ Esto es lo que se deduce al analizar los Boletines Estadísticos respectivos

indistintamente de su afiliación en el aseguramiento. De esta forma el 38% de los recursos totales que el país dispone, se gastan en el 21% de la población (Isapre) y el 62% de los recursos se destina al 79% de la población (Fonasa).

Visto desde la contribución a la seguridad social que componen las cotizaciones, el 59% de estas van al sector privado y sólo el 41% al sector público, que financia el resto de las actividades con aporte fiscal. Esto se aprecia en la Figura 1.

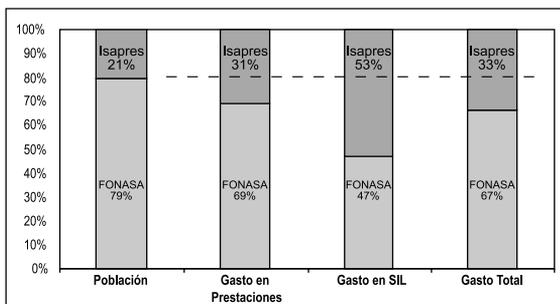
Figura 1
Distribución del Financiamiento Público y Privado, 2003



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

Tampoco es sorpresa que los gastos en beneficios, sean muy diferenciados entre uno y otro sector del aseguramiento, como se aprecia, en términos agregados, en la Figura 2.

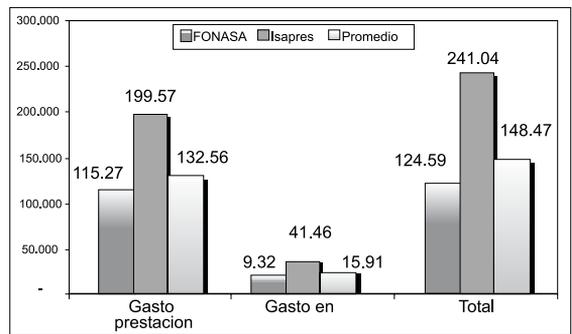
Figura 2
Distribución de Gasto Público y Privado, 2003



Fuente: Superintendencia de Salud con datos Boletín Estadístico Sistema Isapre. Superintendencia de Isapres 2003 y Boletín Estadístico FONASA 2003.

Así los beneficios individuales medidos como el gasto per cápita en prestaciones y en subsidios de incapacidad laboral (SIL), entre isapres y Fonasa, son claramente desiguales. El gasto per cápita total es prácticamente el doble en Isapres respecto a Fonasa como se aprecia en la Figura 3 (\$124.597 versus \$241.041 en 2003).

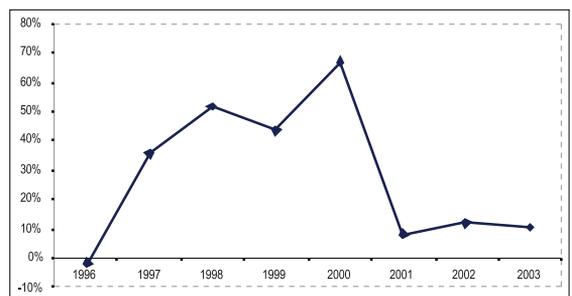
Figura 3
Distribución de los Beneficios Agregados, Fonasa e Isapres, 2003



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

Sin embargo, luego de un importante nivel de crecimiento de la diferencia del gasto per cápita en prestaciones de salud entre Isapres y Fonasa, entre 1997 y el año 2000, dicta diferencia, estabilizó su nivel de crecimiento hacia el año 2001 en alrededor de un 10% anual, como se muestra en el gráfico de la Figura 4.

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



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

3.2. Descripción General de la Protección Financiera y el Gasto de Bolsillo en Salud en Chile

Si analizamos el financiamiento de todo el sistema de salud en Chile, en base a tres ítems: contribuciones, aporte fiscal y gasto de bolsillo, como en el Cuadro 5, vemos que la composición del financiamiento del gasto difiere entre el sector público y privado. Este gasto tiene distintas fuentes de financiamiento. La primera fuente de financiamiento la constituyen las contribuciones obligatorias del 7% del salario (con tope en 60 UF) y adicionales (en el caso privado) que representa el 50% del financiamiento a nivel de Fonasa e Isapres. El segundo lugar en importancia para el financiamiento, lo ocupan los gastos de bolsillo

que son el 27% del total de Isapres y Fonasa y en tercer lugar, está el aporte fiscal que corresponde al 23% del financiamiento total.

El financiamiento por la vía del gasto de bolsillo es de 22% en Fonasa y de 33% en las Isapre.

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

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

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

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

Vale la pena señalar que, según estos antecedentes, la pertenencia al sistema de aseguramiento, ya sea público o privado, es una variable significativa al evaluar los gastos de bolsillo en salud de las personas, dado que el porcentaje de gasto de bolsillo más alto es el de las personas sin aseguramiento que deben financiar sus prestaciones prácticamente por completo (99,7%) y cuyo gasto representa el 47% del gasto total de "Otros" sistemas en el Cuadro 5.

Por otra parte, el total de gasto de bolsillo total en Chile (33%) es un monto importante y representa el 2,5% del PIB y es cercano al total del gasto del sector Isapre.

Estos cálculos agregados del gasto de bolsillo pueden ser depurados. Por ejemplo, es interesante conocer cual es la representación de este gasto en los gastos asociados directamente a la producción de atenciones de salud y qué parte de este gasto es, efectivamente, responsabilidad de los seguros, entendida como el grado en que cada peso adicional de gasto en salud de beneficiarios del sistema, se refleja efectivamente en los estados financieros de las instituciones aseguradoras.

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

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

Fuente: Superintendencia de Salud con datos FONASA-OPS, 2001.

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

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

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

Cuadro 7
Indicadores Agregados de Gasto de Bolsillo

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

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

En efecto, la responsabilidad de los seguros, es bastante diferenciada y baja en general, pero en particular en el sector privado. Como contrapartida, los gastos de bolsillo que son responsabilidad de los

¹² Estas comparaciones son posibles con la información de "Financiamiento de los Sistemas de salud y el análisis del impacto del gasto de bolsillo en los hogares", Depto. del Financiamiento de los Sistemas de Salud EIP/OMS, Santiago, Agosto 2005. Presentado por Ana Mylena Aguilar-Rivera.

cotizantes pasa a representar, en el sector Isapre, un 38% cuando se consideran los SIL y un 43% cuando se excluye esta prestación en el gasto total.

Finalmente las cifras globales que hemos señalado (33% gasto de bolsillo) ponen a Chile en un rango promedio en América Latina cercano a países tan disímiles entre sí como Argentina, Panamá, Bolivia, Costa Rica y Jamaica. Pero Chile se ubica muy lejos de los países desarrollados como los de Europa, EE.UU., o agrupados en la OECD¹² (3,7,8).

4. CONCLUSIONES

La distribución del financiamiento entre el sector público y el privado es inequitativa. El 38% de los recursos totales que el país ocupa en salud, se gastan en el 21% de la población (Isapre) y el 62% de los recursos se destina a la mayor parte de la población que es el restante 79% (Fonasa). Dado que las cotizaciones están asociadas a los ingresos y a la segmentación de la población entre sistemas público y privado, el 59% de las contribuciones van al sector privado y sólo el 41% al sector público, que compensa, en parte, con el aporte fiscal.

El gasto per cápita total es prácticamente el doble en Isapres. Los beneficios medidos en gasto per cápita en prestaciones, son claramente desiguales. La brecha del gasto en prestaciones estabilizó su nivel de crecimiento hacia el año 2001 en alrededor de un 10% anual.

El segundo lugar en importancia, para el financiamiento de la salud en Chile, son los gastos de bolsillo que representan el 33% del financiamiento global de la salud. Siendo un 22% en Fonasa y 33% en las Isapre. Por otra parte, aquellas personas que no tienen cobertura deben cancelar prácticamente la totalidad de los costos. El gasto en fármacos es el ítem más importante, y representa el 44% del total del financiamiento del gasto de bolsillo y el 12% del total del financiamiento de Isapre y Fonasa.

Al excluir los gastos no asociados a la producción de prestaciones médicas, los indicadores de gasto de bolsillo aumentan (hasta un 43% en isapres), a la vez que la responsabilidad financiera de los seguros sobre la atención de salud, disminuye, en particular en el sector privado.

Las desigualdades se producen debido a los

esquemas de funcionamiento diferenciados del sector privado y público, los procesos de selección y segmentación por riesgo e ingresos de la población y por los problemas de acceso a algunas prestaciones de salud. Para disminuirlas, se requiere incentivar la existencia de mecanismos que promuevan la solidaridad entre los sistemas y la protección financiera en los mismos, aspectos centrales para la redistribución y efectiva equidad en el financiamiento para acceder a la atención de salud.

Referencias

1. FONASA. *Boletín Estadístico, 1999 – 2000 y Boletín Estadístico 2002 – 2003*. www.fonasa.cl
2. FONASA - OPS (2001). "Estimación de Cuentas Nacionales en Salud para Chile, Año 2000". Documento de Trabajo, Noviembre de 2001.
3. OMS (2005). "Financiamiento de los Sistemas de salud y el análisis del impacto del gasto de bolsillo en los hogares", Depto. del Financ d Equity in Health: Report on a WHO Meeting. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1986.
5. Superintendencia de Salud (2006). "Monitoreo y Seguimiento de la Reforma: Determinación de la Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera". Cid C, Muñoz A, Riesco X, Salazar E, Tegtmeier R, Inostroza M. Departamento de Estudios y Desarrollo, Febrero de 2006. <http://www.superdesalud.cl>
6. Superintendencia de Salud (2006). *Boletín estadístico del Sistema Isapre, 2003*, en www.supersalud.cl
7. Wagstaff Adam, van Doorslaer Eddy (1992). "Equity in the Finance of health care: Some international comparisons". *Journal of Health Economics* 11 (1992) 361-387. North Holland.
8. Wagstaff Adam, van Doorslaer Eddy (2000). "Equity in Health Care Finance and Delivery". En *Handbook of Health Economics, Volume 1*, Edited by A. J. Culyer and J. P. Newhouse.
9. Whitehead M (1991). "Los Conceptos y Principios de la Equidad en Salud", traducción directa del original en inglés, OMS – OPS, Serie Reprints #9, Washington, DC, 1991.
10. WHO (2005). *Commission for Social Determinants of Health, Imperative and Opportunities for Change*, Geneva 2005.