



Creación de valor en salud

DURANTE el tercer trimestre de este año, las isapres abiertas reportaron una caída de 52% en sus utilidades, por beneficiario. Esta fuerte contracción en el desempeño del sector se explicó por un aumento de los costos de prestaciones y licencias y en el número de recursos de protección asociados a las alzas de precios base y GES.

En la discusión sobre **la reforma al sistema de isapres** ha estado ausente **la naturaleza creciente de los costos de salud**. En los últimos 30 años esta tendencia se ha extendido en países desarrollados y de ingreso medio. De hecho, la Oede proyecta que **el gasto en salud -como porcentaje del PIB- aumentará en los próximos años hasta alcanzar un 14%**. Es importante recordar que en esta tendencia, el factor tecnológico explica entre un 40% y 65% del aumento en el costo de salud, mientras que el envejecimiento y aumento del ingreso per cápita representan un 2% y 18%, respectivamente.

Nuestro país no ha estado exento de este fenómeno, replicándose fenómenos de tipo económico, tecnológico, demográfico y cultural que elevan el consumo de prestaciones médicas y/o sus precios. Es importante recordar que **actualmente se destina cerca del 7% del PIB, en donde el gasto de bolsillo y las cotizaciones representan un 40% y 35% del gasto total**, respectivamente.

En este contexto, **el Índice de Gasto en Salud (IGS) - calculado desde 2009 por la Universidad del Desarrollo- nos permite verificar en el sistema privado cómo evoluciona la frecuencia de uso y precios de prestaciones ambulatorias y hospitalarias, como también el costo de las licencias médicas**. En efecto, entre 2012 y 2013 el gasto real en salud creció un 9,1%, explicado por un aumento en los gastos de prestaciones y licencias de 7,9% y 13,4%, respectivamente. Este resultado se da al menos por tres razones: un mayor ingreso eleva el consumo de atenciones; el envejecimiento de la población y un nuevo perfil epidemiológico aumenta el peso relativo de enfermedades crónicas y el mecanismo de compra utilizado por las isapres -pago por prestación- ha generado un crecimiento muchas veces innecesario en la cantidad de prestaciones bonificadas.

Ahora bien, aunque se sabe que el gasto en salud depende de múltiples factores, **los actores más relevantes de este sector (isapres, Fonasa, prestadores, regulador, etc.) deberían examinar otras estrategias complementarias, que tienen el potencial para contener los costos y mejorar el desempeño (eficiencia y equidad) del sistema de salud.** Una nueva mirada que rompe con el antagonismo entre la sociedad y el sector privado de salud es la creación de valor compartido (Porter y Kramer, 2011). Esta estrategia implica la creación de valor económico de una forma que también cree valor para la sociedad. Así, por ejemplo, se podría mejorar la información y generar mayor competencia, promover la salud preventiva y avanzar en mecanismos de pago que distribuyan de mejor manera los riesgos entre aseguradoras y prestadores.

Con todo, al momento de definir el conjunto de políticas públicas que permitiría mejorar los resultados sanitarios, es fundamental no olvidar que **la expansión del gasto debe considerar la restricción de recursos fiscales,** a la vez de ser compatible con las necesidades de otros sectores sociales.

Rodrigo Castro, economista

