

## SISTEMA DE SALUD DE CHILE\*

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 1, 1998/ 46-53

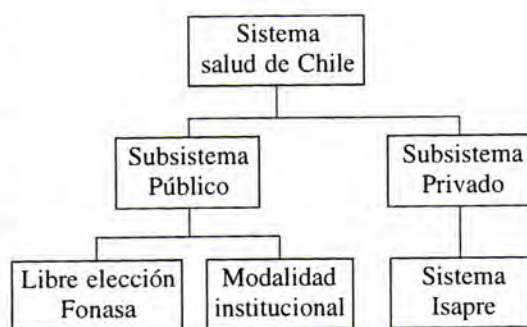
Dr. Patricio Silva Rojas

El Sistema de Salud chileno tiene una larga tradición organizativa cuyo inicio se puede identificar en el año 1552, con la fundación del primer hospital privado. La participación del Estado puede reconocerse con la primera campaña de inmunización en el ámbito nacional, durante los albores del siglo XIX, se fortalece a fines del mismo siglo y se consolida el año 1952, con la creación del Servicio Nacional de Salud, momento en el cual asume la responsabilidad de definir centralizadamente las políticas nacionales, el financiamiento y provisión de servicios de atención de salud pública, el control y la fiscalización de los privados prestadores de atenciones en salud, mejorar la eficiencia y la calidad de la atención. Utiliza como instrumentos de su acción una red asistencial, de cobertura básica (Postas y Consultorios) y cobertura mediana y alta (Hospitales). Su base de sustentación es la solidaridad y la equidad y sus resultados se pueden evaluar en la caída de los indicadores de mortalidad materno-infantiles, particularmente por el aumento de cobertura que privilegia en esas áreas. No obstante estos logros del Sistema y que son modelo para muchos países, muestra las deficiencias propias de las organizaciones centralizadas.

A raíz del profundo cambio del modelo de desarrollo económico y social experimentado en el país producto de la creación del modelo de economía de mercado, la creación del principio de subsidiariedad del Estado y el interés por aumentar la participación del sector privado en el ámbito de la salud, se produce una reforma estructural y fun-

cional del Sistema de Salud en el año 1979, generando un sistema mixto público-privado (Figura 1).

FIGURA 1



El Subsistema Público crea el Fondo Nacional de Salud como continuador natural del ex Servicio Nacional de Empleados y como ente financiero del Subsistema.

Simultáneamente se crean las Instituciones de Salud Previsional o ISAPRES que actúan como seguros privados de salud.

Asimismo, se descentraliza la gestión del área pública, creando servicios de salud regionales y traspasando la administración de la atención primaria a las municipalidades y se crea el cargo de Secretario Regional Ministerial de Salud que cumple la función de asesor del Gobierno Regional.

El Servicio Nacional de Salud, creado como un organismo centralizado, es reemplazado por el

\* Curso de Anatomía Comparada de Sistemas de Salud del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile, 22 de abril-6 de agosto de 1998

Sistema Nacional de Servicios de Salud compuesto por el Ministerio de Salud que asume la responsabilidad normativa y reguladora, con el propósito de cumplir las funciones que le compete al Estado de velar por el desarrollo de la salud pública

ca nacional, por sus organismos dependientes y por 28 Servicios que cuentan con red asistencial y el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente cuya función exclusiva es controlar los problemas del ambiente. (Figuras 2 y 3).

FIGURA 2



FIGURA 3



Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que le competen. Cada uno tiene un ámbito de acción determinado y son Unidades Operacionales que brindan prestaciones de salud a través de una red asistencial constituida por hospitales de complejidad variable, Consultorios Urbanos y Rurales, Postas Rurales y Estaciones Médico-Rurales.

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) actúa como el ente financiero que recauda, administra y distribuye los dineros provenientes de las cotizaciones del 7% de la renta imponible de sus afiliados y los aportes fiscales; financia o ayuda a financiar las prestaciones que se otorguen en el Subsistema Público o por organismos, entidades y personas que no pertenezcan a éste, mediante mecanismos que permitan ejercer la libertad de elegir por parte del usuario. Este Fondo nacional acredita la calidad de beneficiarios mediante una credencial de salud, previa certificación de las condiciones específicas; las prestaciones médicas se brindan mediante dos modalidades de atención, la

Institucional y la Libre Elección. En la Modalidad Institucional lo hace a través de los Servicios de Salud y su red asistencial. Si la atención requerida no es ofrecida en alguno de los establecimientos estatales, los Servicios de Salud tienen la facultad para suscribir convenios con instituciones privadas y de esta manera tener la cobertura que el Estado debe brindar a sus beneficiarios. La Modalidad de Libre Elección permite que los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependen puedan optar por atenderse con un profesional o la entidad privada o pública que otorgue la prestación requerida.

Los profesionales o entidades privadas de salud que deseen incorporarse a la modalidad de Libre Elección deben inscribirse en FONASA quien los categorizará de acuerdo a parámetros propios, que además definirá los aranceles que ellos podrán cobrar.

Los beneficiarios se califican según su nivel de ingresos en cuatro grupos: A, B, C y D. El A lo conforman personas indigentes o carentes de recursos que junto al grupo B reciben atenciones gratuitas en su totalidad. Los grupos C y D deben aportar el 10% y el 20% del valor de las presta-

ciones, respectivamente. A esta contribución monetaria que hace el beneficiario se le denomina copago.

El Instituto de Salud Pública (ISP) es el laboratorio nacional de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios de salud pública, además de ejercer el control de calidad de medicamentos y demás productos sujetos a control sanitario.

La Central de Abastecimiento (CENABAST) es la encargada de proveer de todos los elementos o insumos necesarios para la ejecución de acciones de salud, para lo cual puede intermediar compras para los organismos que integran o se adscriban, mediante convenio, al Subsistema. Asimismo, debe mantener existencia de elementos que el Ministerio de Salud determine para poder dar cumplimiento a sus políticas y programas.

La Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional es el organismo que ejerce las funciones de supervigilancia y control de la Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), de árbitro en las controversias que surjan entre estas Instituciones y sus cotizantes y beneficiario y como la entidad encargada de dar instrucciones de carácter general para aclarar las estipulaciones de los contratos de salud, con el objeto de facilitar su correcta interpretación y fiscalizar su cumplimiento.

Además de las Instituciones que el Sistema Nacional de Servicios de Salud contempla, existen otras Instituciones públicas que cuentan con sus propios sistemas de atención de salud, tienen autonomía administrativa y de gestión; por ejemplo las Fuerzas Armadas, Carabineros, Universidad de Chile, Gendarmería y otras.

En el Subsistema Privado se pueden reconocer dos tipos de instituciones:

- **Prestadoras de acciones de salud:** clínicas, centros médicos, laboratorios y profesionales de la salud.
- **Financiadoras de las acciones de salud:** ISAPREs.

El límite de estas instituciones no siempre se puede precisar, ya que existen ISAPREs que cuentan con sus propias prestadoras de servicios, de tal manera que la diferenciación es sólo administrativa.

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs) fueron creadas en el año 1981, con el propósito de aumentar las opciones para el usuario y proveer de un mecanismo de ahorro para la atención de salud. Son entidades privadas que administran un seguro para financiar, con cargo a la cotización obligatoria para salud de los trabajadores dependientes que opten por este Subsistema, las prestaciones médicas y los subsidios por incapacidad laboral. La cotización obligatoria para salud de todos los trabajadores dependientes del país es del 7%, pero eventualmente un plan o contrato, cuyos beneficios son más atractivos para el afiliado, puede superar este aporte, en cuyo caso el suscriptor debe adicionar un monto voluntario. Los trabajadores independientes también pueden optar por contratar este seguro de salud, cuyo monto se pacta libremente y no es necesariamente el 7% de sus ingresos.

Existen dos tipos de ISAPREs, las abiertas que están destinadas a captar a cualquier trabajador, dependiente o independiente, y las cerradas, cuyo objetivo está orientado a servir a trabajadores de

CUADRO 1

Item Asegurador	Sistema Privado ISAPRE	Sistema Público Estado
Prestadores	-Clínicas -Centros Médicos -C. de Diagnóstico -Laboratorios	-Servicios de Salud (28), modalidad institucional -Prestadores privados. Modalidad libre elección (FONASA)
Beneficiarios	-Grupos socioeconómicos medio a altos -Particulares	-Grupos socioeconómicos medio a bajo -Indigentes
Financiamiento	-7% renta imponible -Cotización adicional -2% adicional (Ley N° 18.566)	-Cotización legal -Aporte estatal

empresas determinadas, las que a su vez son las propietarias de la ISAPRE.

El Cuadro 1 permite una sinopsis comparativa entre las Subsistemas Privado y Público, respecto a los prestadores, beneficiarios y su financiamiento.

De acuerdo al cuadro anterior es posible definir la dinámica de opción de atención que tienen las personas en nuestro país, dependiendo de su condición de trabajador dependiente, independiente, afiliado o no, a alguno de los subsistemas de salud (Figura 4).

Este Sistema mixto público-privado que empieza a funcionar desde el año 1981 produce un cambio en las posibilidades de elección de las personas, que pueden optar por el sector público o el privado. En la Tabla 1 se puede apreciar la evolución que ha tenido la afiliación a estos dos subsistemas.

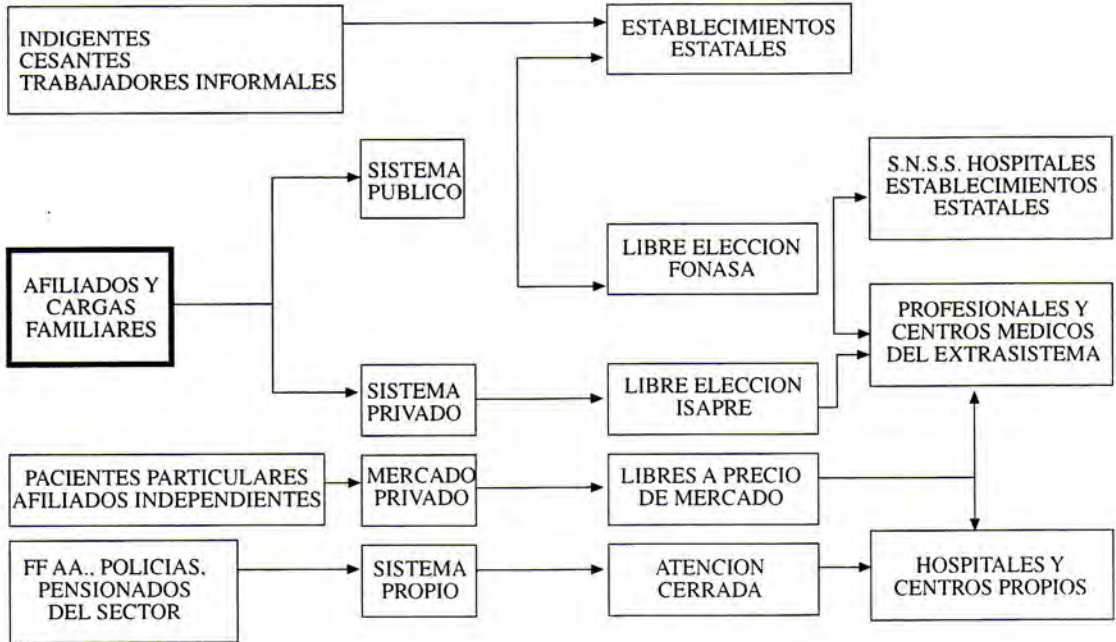
Las ISAPRES, desde su creación tuvieron un incremento paulatino de afiliados para estabilizarse en alrededor del 26% de la población en la actualidad. La columna "Otro" corresponde a personas que cotizan en los Sistemas de las Fuerzas Armadas y de Orden y particulares.

**TABLA 1**  
Distribución porcentual de beneficiarios según sistema de salud. Chile 1982-1996

Año	Beneficiarios (% del total de la población)		
	Ley 18.469	Isapre	Otro
1982	85,00	1,33	13,67
1983	84,42	1,95	13,63
1984	83,43	3,06	13,51
1985	81,99	4,49	13,52
1986	79,03	7,47	13,50
1987	78,67	9,60	11,73
1988	77,61	11,36	11,03
1989	75,95	13,54	10,51
1990	73,85	15,99	10,16
1991	71,16	19,16	9,68
1992	67,50	22,05	10,45
1993	64,82	24,84	10,34
1994	63,26	26,15	10,59
1995	65,07	26,48	8,45
1996	64,47	26,43	9,10

Fuente: Minsal, 1997

**FIGURA 4**



Según la encuesta CASEN del Ministerio de Planificación, en el año 1996 la distribución de la población chilena según su previsión de salud era la siguiente:

TABLA 2

Distribución porcentual de la población según sistema previsional de salud. Chile 1996

Sistema de salud	%
No tiene/Indigentes (Grupo A)	24,1
Sistema Público Grupo B	13,5
Sistema Público Grupo C	8,8
Sistema Público Grupo D	10,1
Sistema Público no sabe	3,2
FF.AA.	3,1
ISAPRE	24,6
Particular	11,0
Otro Sistema	0,50
No sabe	1,0

Fuente: MIDEPLAN. Encuesta CASEN, 1996

El sector privado para atender a sus afiliados debe hacerlo en instituciones distintas de las del área pública, para ello utiliza lo existente y genera prestadores de su propiedad. La infraestructura de establecimientos asistenciales, según sea pública o privada, se muestra en los siguientes cuadros:

TABLA 3

Infraestructura hospitalaria Sector Público, según concepto, total país. 1996

Tipo de establecimiento	Nº
Hospitales	178
-Tipo 1	20
-Tipo 2	30
-Tipo 3	23
-Tipo 4	105
Consultorios	497
Postas	1.102
Estac. médico-rurales	721
Hospitales convenio	9
Conin	18
Camas hospitalarias	31.579

Fuente: Ministerio de Salud en Compendio Estadístico 1997 INE

TABLA 4

Infraestructura hospitalaria sector privado, según concepto. Total país. 1996

Tipo establecimiento	Nº
Hospitales	37
Clínicas	168
Policlínicos	387
Centros Médicos	467
Laboratorios Clínicos	506
Camas hospitalarias	11.549

Fuente: Ministerio de Salud en Compendio Estadístico 1997. INE

Las tablas precedentes permiten distinguir las orientaciones de uno y otro sistema, mientras el público tiene una amplia red asistencial con amplia cobertura y complejidad variable, desde Postas Rurales, de baja complejidad, a hospitales de alta complejidad el sector privado se orienta a la satisfacción de una clientela conocida y escogida con Clínicas, Policlínicas y Centros Médicos. El sector público contribuye con el 73% de las camas disponibles en el país para hospitalización. Estudios recientes del PIAS han llamado la atención acerca de una sobreoferta de camas hospitalarias, al sumar las del sector público y las del privado según su distribución por regiones. No obstante lo difícil que resulta determinar un parámetro que permita determinar cuántas son las camas hospitalarias que deban existir.

La evolución del gasto público en salud se muestra en la Tabla 5.

El gasto total y per cápita ha aumentado en forma significativa en el sector público, desde el año 1989 al 1996 y en el año 1997 alcanzó a los M\$ 836.525.

Resulta interesante apreciar la distribución de los afiliados a ambos subsistemas de acuerdo a sus ingresos. En la Tabla 6 se muestra la evolución que ha tenido la distribución de beneficiarios según quintiles de ingreso comparando los años 1990 y 1996.

Las personas de mayores ingresos, en particular las de los dos últimos quintiles, se adhieren preferentemente al Subsistema privado, tendencia que ha ido en aumento.

Dos parámetros interesantes de observar para comparar y diferenciar los subsistemas de salud son la edad y el sexo de los adherentes a cada uno de ellos. En la Tabla 7 se observa la distribución porcentual de los beneficiarios según edad y sexo.

TABLA 5  
Gasto público en salud. Chile 1989-1996

Año	Gasto MM\$ de 1995	Población total (miles)	Población beneficiaria	Gasto per cápita población beneficiaria		Índice (1989 = 100)	% del PIB
				\$	US\$*		
1989	363.413	12.961	9.844	36.917	79,4	100	–
1990	362.273	13.173	9.729	37.236	80,1	101	2,02
1991	412.472	13.385	9.414	43.815	94,2	119	2,20
1992	492.839	13.599	8.153	53.844	115,8	146	2,42
1993	551.949	13.813	8.913	61.926	133,2	168	2,71
1994	598.097	14.026	8.687	68.850	148,1	186	2,83
1995	647.263	14.237	8.441	76.681	164,9	208	2,76
1996	743.465	14.622	8.799	84.497	181,7	208	2,81

\*US\$ = \$ 465.

Fuente: Fondo Nacional de Salud. 1997.

TABLA 6

Distribución porcentual de los beneficiarios de los subsistemas de salud según quintil de ingreso. Chile 1990-1996

Quintil de Ingreso	% Beneficiarios sistema de salud			
	Año	Público	ISAPRE	Otro
I	1990	85,0	2,8	12,2
	1996	84,3	5,6	10,0
II	1990	78,6	6,5	14,9
	1996	71,3	14,3	14,4
III	1990	69,6	11,3	19,1
	1996	60,4	22,7	16,9
IV	1990	57,6	21,6	20,9
	1996	44,8	34,9	20,3
V	1990	36,8	41,2	22,0
	1996	25,3	55,9	18,8
Total	1990	67,6	15,1	17,3
	1996	59,6	24,7	15,7

Fuente: MIDEPLAN, Encuestas CASEN 1990 y 1996.

La Tabla 7 muestra que a partir del grupo de edad de 35 a 39 años los adherentes al sistema de las ISAPRES disminuye, en el sector público se mantiene alrededor del 60% que es el promedio para todas las edades y aumenta paulatinamente en el grupo "otro sistema" desde un 8,4% de las mujeres a un 32,5% y en los hombres desde un

9,4% a un 32,4% en el grupo de edades más alto. Esto pudiera significar que un porcentaje importante de las personas dejan de cotizar en el sector privado quedando sin previsión de salud.

Es llamativo también que en los rangos de edades entre los 20 y 39 años, la afiliación al sistema ISAPRES es menor en las mujeres a igual tramo de edad, lo que puede explicarse por el mayor precio de los planes de ISAPRES para las mujeres en edad fértil, toda vez que antes y después de esos rangos de edades no hay diferencias entre hombres y mujeres.

Los cambios en el Sistema de Salud a partir del año 1974 se generan de manera inconsulta y por lo tanto tienen un carácter de impositivo, lo que ha generado grandes desconfianzas, tanto en el sector público como en el privado, dificultando una discusión fluida y una real complementación. A este respecto podemos citar:

En lo general:

- Los sectores privado y público carecen de una imagen-objetivo común.
- Ambos sectores actúan como estancos ya que no se ha logrado solucionar el tema de la complementariedad.
- El problema para enfrentar las enfermedades catastróficas no está debidamente solucionado en ninguno de los dos sectores.
- Funcionan con dos lógicas diferentes, el público se basa en la solidaridad, en que los beneficios son independientes de los aportes que hagan sus afiliados; en el privado, los beneficios

TABLA 7  
Cobertura (en porcentaje) de la población beneficiaria según sistema de salud, sexo y grupos de edad. Chile 1996

Edad (años)	MUJERES			HOMBRES		
	SNSS	ISAPRE	Otros	SNSS	ISAPRE	Otros
10-14	61,47	24,68	13,85	59,45	24,45	16,01
15-19	61,42	22,70	15,88	59,51	23,71	16,78
20-24	60,97	27,97	11,06	59,25	33,85	6,09
25-29	60,79	32,12	7,09	59,11	35,51	5,38
30-34	60,74	32,64	6,62	59,07	35,05	5,88
35-39	60,63	30,94	8,43	58,99	31,66	9,35
40-44	60,68	28,89	10,43	59,00	28,46	12,54
45-49	60,72	26,59	12,69	59,10	27,06	13,84
50-54	60,73	23,79	15,48	59,18	25,21	15,61
55-59	60,87	19,04	20,09	59,36	21,61	19,03
60-64	61,01	12,64	26,35	59,61	15,67	24,72
65-69	60,97	9,03	30,00	59,73	10,79	29,48
70-74	61,12	6,01	32,87	59,93	6,90	33,17
75-79	61,06	4,61	34,33	60,02	4,61	35,39
80 y más	60,90	6,56	32,54	60,13	6,96	32,41

Las coberturas netas por grupos de edad fueron proporcionadas por el Dpto. de Estudios del MINSAL.

Fuente: Ministerio de Salud. INE-CELADE. 1996.

son proporcionales a los aportes que cada afiliado hace.

#### En el Sector Público:

- Es permanentemente atacado y calificado de ineficiente, porque aparentemente según indicadores de productividad los resultados serían insuficientes en relación a que se ha duplicado el presupuesto en salud. Esta aseveración desconoce las necesidades que hubo que enfrentar desde el año 1990, restituyendo la planta física de toda la red asistencial y disminuyendo la brecha tecnológica con el sector privado. Se amplió la planta de funcionarios en 6.000 puestos y se mejoraron las remuneraciones, no para hacer más sino para hacerlo mejor y reducir los riesgos, así como también cancelar la deuda social con los trabajadores de la salud. El déficit de funcionarios al año 1990 era de 10.000, producto de una planta esquemática congelada con remuneraciones deterioradas.

Por otra parte, las tasas de mortalidad infantil se mantuvieron estacionarias en el quinquenio 1984-1989 y a partir del año 1990 se reduce

en un punto por año, para alcanzar la cifra del 11,1 por mil nacidos vivos de la actualidad; la principal disminución se observa en la mortalidad de los menores de 7 días y en los niños de más de un mes y menos de un año de vida, producto de la inversión en recursos neonatológicos, anestesiastas, incubadoras, etc.

- No se le reconoce su fortaleza de hacer una racionalización de los diferentes recursos. Este sector opera sobre la base de una racionalización de los recursos en los diferentes niveles de resolución para no duplicar esfuerzos. La estructuración de la red asistencial no se basa en criterios del mercado sino que existe por necesidades básicas de la población.
- El principio de solidaridad en el cual basa su quehacer es resistido.
- La concepción de equidad es diferente a la del sector privado. En la filosofía tomista y aristotélica el concepto de equidad significa dar a cada cual según quien es y en el Sector Privado esto se traduce en dar a cada cual según su aporte y su esfuerzo. En cambio, en el Sector Público el concepto de equidad se entiende entregar atención a todos, en todos los niveles

y las restricciones se establecen por el lado de la oferta.

- Actúa de manera no explícita como reaseguro del sector privado.
- La municipalización rompe el concepto de sistema de salud al disgregar la base del sistema. Se realizan muchos esfuerzos por restituir el concepto de Sistema, pero subsisten problemas de coordinación, supervisión, etc. La situación de las personas que trabajan en la Atención Primaria no ha sido resuelta. Durante los años 80 fueron transferidas a los municipios y se regían por el Código del Trabajo. Durante los 90 se establece el Estatuto de Atención Primaria que pretende solucionar el problema de disgregación, la falta de sentimiento de pertenencia, generar una carrera funcionaria, pero introduce rigideces en la contratación. Por otra parte, el instrumento se ha ido desfigurando por presión de los gremios que quieren cambiar su sentido y algunos lo consideran un mal instrumento.

Es importante reconocer en todo caso que la municipalización ha significado una instancia de mayor participación ciudadana en temas relacionados con la salud, lo que es sin duda beneficioso, así como el aporte de recursos económicos entregados por las municipalidades, que de otra manera no hubieran llegado al sector.

- El Fondo Nacional de Salud (FONASA) no nació como seguro de salud y por lo tanto no funciona como seguro. Se paga una prima conocida (7% del sueldo imponible) pero no se establece un contrato. Se incluye entre los beneficiarios a indigentes y trabajadores informales que no imponen, lo que impide conocer al total de beneficiarios. Se han hecho esfuerzos por modificarlo pero no han sido suficientes. Actualmente se está intentando mejorar su eficiencia, de explicitar los beneficios, de conocer la cartera de clientes, de contribuyentes. Sin embargo, no se ha debatido suficientemente si se trata o no de un seguro que cumpla con las características propias de un seguro.

En el Sector Privado:

- Siendo instituciones de salud previsionales se desarrollan como seguros privados. La cotización obligatoria del 7% sólo se justifica para

financiar la seguridad social pero no seguros privados, los cuales debieran establecer una prima de acuerdo al riesgo (los jóvenes una prima más baja y los viejos una más alta). En la lógica de los seguros cada cual debiera tener la libertad de optar de acuerdo a sus necesidades. Una cotización ligada al ingreso se traduce en un sobreseguro para ciertos sectores de la población.

- No se le reconoce la posibilidad de opción que le brindan un gran sector de la población; ni se le reconoce el gran aporte de atención que le brindan a cerca de 3 millones 600 mil personas. Es atacado permanentemente por sus fines de lucro
- Crecen con altos subsidios estatales, entre ellos el subsidio maternal, por lo que no se justifica que los planes de las mujeres en edad fértil sean más caros que los de los varones a las mismas edades.
- En un comienzo pudieron establecer libremente en sus contratos carencias y preexistencias, lo que se ha corregido en los últimos años.
- No invierten en Fomento y Protección de la salud y Prevención de las enfermedades, probablemente por el carácter de corto plazo de los contratos que son anuales.
- Para estimular la permanencia de los afiliados, especialmente los de edades avanzadas, les otorgan beneficios crecientes de acuerdo a años de afiliación, lo que en definitiva significa también ir perdiendo la libertad de elegir.
- Comienzan a controlar costos mediante desarrollo de proveedores propios y estableciendo aranceles, lo que implica restringir la libertad para elegir. Lo que significa que comienza a restringirse el principio por el cual se justifica y se implementa el sistema de seguros privados. Con lo cual, la libertad de elección se reserva a los niveles de ingresos más altos.

En la actualidad se dan las condiciones para discutir con generosidad, dejando de lado desconianzas, y generar consensos que permitan construir un verdadero Sistema de Salud para nuestro país en que se complementen los sectores privado y público sobre la base de los principios sustentadores de la Seguridad Social y las transformaciones económicas y sociales que el país ha experimentado.