

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

SISTEMAS ACTUALES DE SALUD EN CHILE Y SUS POSIBLES CAMBIOS EN LAS PROXIMAS DECADAS

JAIME BELLOLIO R.*, JUAN GIACONI G.**

El sistema de salud que existe actualmente en Chile refleja en buena parte la tradición histórica en el área sanitaria, iniciada con las reformas sociales en la década del veinte. Sus hitos más relevantes son la creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud, la implementación en 1968 del seguro de accidentes del trabajo y ese mismo año la puesta en marcha de un sistema de medicina curativa de libre elección para empleados.

En tiempos más recientes, cabe señalar la creación de seguros de salud privados en 1981, llamados Instituciones de Salud Previsional (Isapres); la descentralización del sistema público de salud en 27 servicios de salud estatales en 1981 y la entrega a las municipalidades del manejo del nivel primario ambulatorio de salud, integrado por consultorios y postas rurales.

Las reformas en el financiamiento de la salud apuntaron a la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA), que recauda los aportes estatales provenientes del Ministerio de Salud, que constituyen el 55% del gasto, y las cotizaciones obligatorias para salud del 7% de los sueldos imponibles, que representan el 35% del gasto público. La diferencia de 10% es cubierta con fondos propios, recaudados por los establecimientos por prestaciones a no beneficiarios.

La cotización obligatoria para salud se elevó progresivamente en la década del 80, desde un 2% hasta un 7% que rige hoy. Existe libertad de destinarla al FONASA o a una Isapre, si alcanza para cubrir un plan ofrecido por dicho subsistema.

La cotización del seguro de accidente del trabajo y enfermedades profesionales se mantiene variable entre 0,9% y 4,3% según el riesgo de la actividad y el ascenso o descenso en los siniestros producidos anualmente. Es recaudada de acuerdo a la afiliación de la empresa; por ella misma (administración delegada), por las mutuales de empleadores existentes o por el Instituto de Normalización Previsional del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Por último, es necesario considerar que nuestro país ha registrado desde 1985 un crecimiento económico sostenido con cifras anuales de 6 a 7%. Esto significa un crecimiento consiguiente de todos los sectores productores de bienes y servicios, entre los cuales por cierto, se encuentra el área de la salud.

CONSECUENCIAS DE LOS CAMBIOS RECIENTES

Las modificaciones al sistema de salud en la década de los 80 recién reseñadas contribuyeron a un importante desarrollo del sector privado de salud. Es así como el número total de camas aumentó aproximadamente de 4.000 en 1980 a 10.000 en 1994. Asimismo, aumentó el número de otro tipo de establecimientos privados, tales como laboratorios clínicos, centros de diálisis, centros radiológicos, etcétera.

El sector público de salud mantuvo su tamaño, contando eso sí con menos beneficiarios que atender, debido a la existencia del sistema privado, que tiene actualmente una cobertura cercana a 4 millones de chilenos. Se considera que el sistema público atiende a 8 millones de personas, y que el resto de la población está cubierto por otros subsistemas, entre los que se cuenta el de las FF.AA. y Carabineros, el de Codelco y otros.

ASPECTOS FINANCIEROS

Durante 1994, el gasto público en salud fue de \$ 552.601 millones (aproximadamente US\$ 1.350 millones), equivalente al 2,7% del producto interno bruto. En términos de gasto por persona, éste asciende a \$ 60.842 (en moneda 1993). El financiamiento de sistema de salud pública mantiene un fuerte subsidio estatal, que representa un 55% del gasto total y en términos absolutos la suma de \$ 307.500 millones (aproxima-

* Vice Decano Económico, Facultad de Medicina.

** Profesor Adjunto de Salud Pública, Departamento de Salud Pública.

damente US\$ 750 millones) anuales. La recaudación del sistema privado para 1995 fue de casi \$ 400.000 millones (US\$ 1.000 millones), cifra equivalente al 2% del PIB, siendo el gasto anual per cápita de \$ 107.540 (moneda 1993). Ni en el sistema público ni en el privado se consideran los desembolsos por copago ni fármacos; en consecuencia hay una subestimación en esas cifras, por lo que al incluirse dichas cantidades el monto aproximado llega a un 6% de PIB.

SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

El sistema de mutuales privadas que atiende los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales ha tenido un crecimiento significativo de su infraestructura a nivel nacional, motivado por la obligación de reinvertir sus utilidades. Esta es una obligación fijada por la ley que las rige, puesto que las estableció como fundaciones sin fines de lucro (Ley 16.744/1968).

ISAPRES

Hoy existen 36 Isapres funcionando en Chile. El crecimiento de los afiliados al sistema Isapre fue creciendo a ritmos anuales entre el 10-20%, según la época. Esta tasa ha decrecido notoriamente en el período 1994-1995, en coincidencia con la nueva legislación promulgada sobre la materia. Desde el punto de vista de salud pública, los seguros privados no tienen un diseño que permita abordar la población de la tercera edad de bajas rentas y afrontar, en algunos planes, cierto tipo de enfermedades preexistentes de carácter catastrófico. En la práctica, esas personas tienen como alternativa única el sistema público.

POSIBLES CAMBIOS EN LA PROXIMA DECADA

Uno de los temas de mayor interés, y que a la vez representa un mayor desafío intelectual, es intentar una descripción de las modificaciones y adecuaciones que necesita el sistema de salud chileno.

1) **Envejecimiento de la población.** La situación actual de la población chilena se caracteriza por un aumento importante del porcentaje de personas mayores de 60 años. Esta tendencia se va a ir acentuando en los próximos años y significa por sí sola un factor de aumento en los costos de atención. A esto hay que agregar la aparición de nuevas enfermedades, que ha venido a agravar la situación de salud en grupos más jóvenes, como es el caso del SIDA y sus complicaciones.

2) **En los modelos de atención.** Mundialmente se aprecia una tendencia a disminuir el número de camas disponibles. Esta situación, que también se aprecia en nuestro país, se explica por la necesidad de reservar este recurso, de muy

alto costo, para casos muy calificados, tales como cirugía compleja, cuidado intensivo, etcétera. Está probado que los esquemas de manejo ambulatorio y domiciliario son plenamente válidos para muchas enfermedades.

La adaptación de los modelos de atención también tiene relación con medidas de promoción y prevención destinadas a corregir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles, que hoy representan al 70% de los fallecidos en nuestro país. Es así como las enfermedades cardiovasculares, los traumatismos y violencias y los cánceres representan ese altísimo porcentaje y tienen factores de riesgo conocidos y manejables (sedentarismo, hábito tabáquico, consumo de alcohol, obesidad, hipercolesterolemia, etcétera). La prevención y educación a la población son una inversión actual con alta rentabilidad futura, en otras palabras con altas externalidades positivas.

La tecnología compleja y de alto costo, junto a la hiperespecialización médica da cuenta en parte del aumento de costos en las prestaciones en salud, que en muchos casos supera el crecimiento general de costos de la economía, medida indirectamente por el Índice de Precios al Consumidor (Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de Economía). Estos factores son difícilmente reversibles y llevan a la urgencia del punto que se señala a continuación.

3) **Alianzas estratégicas.** Se visualiza en el futuro una política de alianzas tácticas y estratégicas entre las partes involucradas: los financiadores de las prestaciones, los proveedores institucionales de servicios y los profesionales de la salud. En estos acuerdos se espera una defensa de los intereses de cada instancia y un acuerdo que resguarde a cada institución.

4) **Gestión eficiente en salud.** Tanto en la parte pública como privada, resulta fundamental reforzar los cuadros administrativos a cargo de la dirección de los servicios y establecimientos, así como establecer sistemas de incentivos económicos y no económicos que mejoren el aprovechamiento de los recursos.

El desafío de la gestión es crucial para el futuro, ya que a pesar del importante aumento de recursos en el período 1990-1995, no se vislumbra posible la mantención de ese ritmo de crecimiento, en especial del aporte fiscal, para los próximos años.

La capacitación masiva, en consecuencia, no tiene que ver solamente con el área técnica, sino también con el área de una gestión moderna. Esta es una herramienta indispensable para mejorar el aprovechamiento de los recursos asignados al sector salud.

5) **Modificaciones en la modalidad del financiamiento.** A este respecto ya se aprecian modificaciones de fondo en vías de implementación. Es así como el traspaso de fondos a los hospitales no se está haciendo con un pago por cada prestación, sino por pago asociado a diagnóstico (PAD). Ya existen 22 PAD funcionando en el sistema público y varios también en el sistema privado.

En cuanto al nivel primario, el traspaso de recursos se hace por un per cápita según población beneficiaria, corregido

por factores de ruralidad y extrema pobreza, que financia un plan básico de salud. Este es el primer esbozo real de un subsidio a la demanda funcionando en el área pública.

En este tema del financiamiento, la cotización obligatoria del 7% uniforme resulta rígida, pues obliga a las personas jóvenes y sin cargas familiares a sobreasegurarse. Parece conveniente su flexibilización, manteniendo un piso básico obligatorio y permitiendo adecuar así las primas pagadas a los riesgos reales de las personas y grupos familiares de acuerdo a su estado de salud previo, sexo, edad y tamaño del grupo familiar.

6) **Mezcla de sectores público-privado.** La capacidad instalada en salud en la práctica es una sola, independientemente de quien sea el propietario o quien la gestione. Vista así la situación, resulta de máximo interés una buena y real integración para mejor aprovechar los recursos existentes. Existen en la práctica convenios, algunos de larga data, entre los servicios estatales y hospitales privados, como el de San Bernardo y el de San José de Puerto Varas. A la inversa, los hospitales públicos están desarrollando aceleradamente pensionados estatales para pacientes privados, con lo cual sin duda compiten con la infraestructura privada preexistente. Esta interacción, de por sí deseable, debe darse con reglas claras de competencia leal y de precios transparentes. En este terreno se puede avanzar en clarificar las políticas de mezcla de los sectores público-privado en salud. Esto coincide con las alianzas que se visualizan entre los actores principales del proceso de dar salud.

7) **El seguro solidario de salud.** El actual equipo del Ministerio de Salud propicia una reforma integral del sector salud que se basa en un seguro público de salud, independiente de cualquier consideración de ingreso económico, edad o estado de salud previo de las personas. Este seguro estaría vinculado a un plan integral de salud definido por el Estado. El seguro podría ser ofrecido por el sector público o el sector privado, quienes pueden ofrecer planes de salud adicionales o complementarios.

Esta propuesta está iniciando su socialización en los diferentes sectores del país y tiene complejidades que escapan a los alcances de este artículo.

8) En una visión de futuro (próximos diez años) parece necesario que el Estado garantice la provisión de bienes públicos, tales como vacunaciones y campañas públicas de prevención, así como el acceso a los servicios de salud. No es indispensable que la provisión de los servicios y prestaciones sea hecho por establecimientos estatales: hoy se hace por tradición y porque los costos del sector público de salud se habían mantenido artificialmente bajos. Esta situación se ha estado revirtiendo y hoy los sueldos de los funcionarios del sector público cada vez se asemejan más a los del sector privado. Así las cosas, la provisión de servicios se puede ir delegando a establecimientos no estatales, en forma progresiva.

Lo anterior, más que a una "privatización de los establecimientos", llevaría a cumplir correctamente el principio de

subsidiariedad del Estado en Salud, en el sentido que el Estado asume directamente sólo aquellas labores que no pueden desarrollar el sector privado y los organismos intermedios de la sociedad.

La situación de mayor pago por parte de los usuarios, tanto en el subsistema privado como público, llevará implícita necesariamente una mayor exigencia del cliente. A su vez, las personas dispondrán de muchas más alternativas que en el pasado para su atención.

9) Una aspiración sentida es impulsar el uso de los recursos por la vía de la demanda, para incentivar la competencia y no preocuparse meramente de la oferta de servicios o capacidad instalada existente de cada subsector. Al respecto la modalidad de libre elección del FONASA y en general las Isapres funcionan en el esquema de asignar los recursos vía demanda. En la práctica dichos recursos están restringidos a los montos de la cotización obligatoria para salud y a aportes voluntarios.

El paso que falta es que las personas puedan disponer de su cuota de aporte fiscal para sí y sus familias, descontando el presupuesto que el Estado debería reservarse para su labor regulatoria (Ministerio de Salud, Superintendencia) y para ofrecer los bienes públicos a toda la población. El per cápita que se entrega a las Municipalidades es un primer paso en esta dirección.

10) **Seguros complementarios.** En relación con la tercera edad y el abordaje de enfermedades catastróficas, se han buscado soluciones consistentes en seguros adicionales o complementarios, ofrecidos por compañías de seguros, Isapres e incluso algunas clínicas privadas. También se ha explorado la posibilidad de reaseguros. Todas estas iniciativas reconocen el hecho cierto del mayor costo de estas situaciones de salud e involucran en último término pagos complementarios a los obligatorios por ley.

11) **Hospitales universitarios.** Estos representan un particular desafío. Los costos a nivel mundial de la actividad docente y de investigación incrementan en un promedio 20% el gasto en dichos establecimientos. Si se pretende traspasar estos costos a los usuarios, fácilmente estos hospitales pueden quedar fuera de competencia, en especial en el mercado de salud privado. Un enfoque en que los gobiernos nacionales, regionales o comunales colaboren al financiamiento de la docencia se ha postulado como una solución viable. Por otra parte, hay que reconocer que la existencia de actividad docente y de investigación eleva el nivel de calidad de las atenciones que se otorgan y muchas veces representa un foco de atracción nacional e incluso a nivel de países vecinos.

12) **Competencia y productividad.** El incremento en la competencia que hoy existe y que seguirá aumentando, obliga a tomar medidas para contener costos. Lo anterior significa mejorar la productividad de cada Establecimiento, de sus Unidades y Servicios y en último término de cada persona que labora en ellos. La contención de costos pasa por la revisión de los procesos, por la implementación de programas de mejoramiento continuo y algunos casos por la reingeniería de los

procesos existentes. En este contexto, el aumento de tarifas es una política poco sostenible en el tiempo.

13) **Los médicos.** Uno de los profesionales cruciales del equipo de salud es el médico. Su formación está cambiando frente a las nuevas situaciones expuestas. Uno de los puntos, es lograr en el país una armonía entre el número de médicos generalistas versus especialistas. A la fecha, la especialización es con mucho la elección mayoritaria de todos los egresados. Esto no coincide con las reales necesidades del país. Otros aspectos cruciales en la formación son los ético-valóricos, visión económico-administrativa de la profesión y responsabilidades legales en su ejercicio.

El desafío del futuro para los sistemas de salud en el mundo es muy grande, y Chile ciertamente no es una excepción. De la creatividad y del tesón para diseñar soluciones técnicas y administrativas a nuestros problemas dependerá la superación de muchas situaciones mencionadas en este artículo. En todo caso, el camino es difícil y podemos esperar que el tema de la salud va a estar entre los prioritarios en los años próximos.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

- 1.- Sistema ISAPRE. Una Evaluación. Programa Social. Instituto Libertad y Desarrollo, Serie Opinión Social N° 27, agosto 1994.
- 2.- Jiménez de la Jara J. El caso de Chile. Seminario Banco Mundial-EDI OPS Ministerio de Bienestar Social de Argentina. Reforma de los sistemas de salud en América Latina. Buenos Aires 14 al 16 de marzo de 1994.
- 3.- Miranda E R. Main Issues of the Chilean Health System Development. International Seminar in Health Administration. Santiago, Chile, Octubre 1-7, 1993. Universidad de Chile.
- 4.- Cifuentes M, Jiménez de la Jara J, Tapia R. Revisión de políticas y proposición de modernización del sector salud. Cuadernos Universitarios. Serie Investigaciones. Universidad Nacional Andrés Bello. Enero, 1995.
- 5.- Chile. The Adult Health Policy Challenge. A World Bank Country Study. May 1995.
- 6.- Miranda E R. La Salud en Chile. Evolución y Perspectivas. Centro de Estudios Públicos. Octubre 1994.
- 7.- Giaconi J C. La Salud en el Siglo XXI, Cambios Necesarios. Centro de Estudios Públicos. Abril 1995.