

ESTUDIO

DESCENTRALIZACIÓN Y PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO*

Ernesto Miranda R. **

A partir de una reseña de los hitos más importantes en la historia de la salud en Chile y de las formas de organización y características que ésta ha presentado a través del tiempo, este estudio contiene un análisis de las modificaciones experimentadas por el sistema en las dos últimas décadas y un diagnóstico de los problemas por resolver.

A mediados de los años 70, señala el autor, se iniciaron reformas tendientes a la descentralización del sistema estatal de salud y se municipalizaron los consultorios de atención médica. Si bien dichas reformas apuntaban en la dirección correcta —ellas habrían permitido la competencia entre sistemas y aumentado las posibilidades de elección por parte de la población—, en su implementación se habrían manifestado diversas deficiencias: escasa capacidad administrativa en las instancias locales; financiamiento a base de insumos y no de producto; disparidades de recursos entre los distintos municipios y disparidad creciente entre el tipo de atención a que tienen acceso las personas de mayores y menores ingresos relativos.

*La publicación de este estudio ha contado con el apoyo de la Fundación Hanns-Seidel.

**Ingeniero Comercial, Universidad de Chile, Ph. D. en Economía, Universidad de New Hampshire, Estados Unidos. Profesor Programa Interfacultades de Administración de Salud, Universidad de Chile.

Presentación

El presente trabajo aborda las reformas al sector salud chileno implementadas en la década de los años 80, con especial énfasis en los procesos de descentralización y privatización. El primero comprendió la reestructuración del sistema de salud estatal y la transferencia de los consultorios de atención primaria a las municipalidades. La privatización estuvo representada por la creación de instituciones de salud previsional —ISAPRES— que podían captar y administrar el financiamiento para salud y otorgar directamente o a través de terceros las prestaciones de salud.

Dedicamos todo el primer capítulo a reseñar la evolución histórica del sistema de salud, que se caracterizó por su gran precocidad, al incorporar rápidamente los avances tecnológicos en salud y los desarrollos sociales universales. Desde los años 20 se crearon, primero, estructuras de protección previsional para los obreros, complementadas en los años 30 y principalmente en los '40 con protección para los empleados.

El sistema de salud chileno así desarrollado mostró resultados notables en los indicadores de salud: esperanza de vida al nacer, mortalidad infantil, mortalidad general, causas de muerte, etc. Los indicadores de capacidad de recursos humanos, materiales y financieros mostraron también una evolución favorable hasta los años 60 y en parte hasta mediados de los '70; sin embargo, revelaban deficiencias de consideración.

Los obreros y empleados accedían a sistemas distintos en cuanto a la captación y administración del financiamiento, así como también al otorgamiento de las prestaciones de salud, con fuertes diferencias en las cotizaciones requeridas y las bonificaciones percibidas. Alrededor de un 20 por ciento de la población no cotizaba para salud y estaba sólo cubierto para las urgencias. Las entidades administrativas y proveedoras de los beneficios eran centralizadas, jerarquizadas y burocratizadas, con una administración ineficiente y lenta para reaccionar. Las opciones de las personas para elegir entre profesionales y establecimientos eran reducidas. El sistema de salud era predominantemente estatal.

El Gobierno Militar se impuso la tarea de reformar el sistema de salud, atendiendo a los siguientes fundamentos: lograr equidad en los beneficios: equidad en los aportes para salud; focalización de los subsidios estatales en los sectores de menores ingresos; ampliar la libertad de elección; aplicar el principio de subsidiariedad del Estado; aumentar la eficacia y establecer sistemas que fueran sensibles (*responsive*) a las necesidades de la población.

El sistema de salud reformado, manteniendo la obligación de cotizar para salud, estableció la opción de cotizar para el sistema estatal o para el sistema privado de ISAPRES.

La descentralización del sistema estatal resultó del fraccionamiento del antiguo sistema nacional de salud y fusión con entidades del Servicio Médico Nacional (SERMENA). Se crearon 27 Servicios de Salud autónomos con patrimonio propio a cargo de las funciones operativas y dependencia del Ministerio de Salud. Este conservó las funciones normativas y de supervisión y control, creándose el Fondo Nacional de Salud (FONASA), para que realizara las funciones financieras y de distribución presupuestaria. Con el objeto de introducir eficiencia y adaptabilidad, se creó un mecanismo de facturación por atenciones prestadas (FAP y FAREM para los consultorios municipalizados). Este asociaba financiamiento con volumen de actividad, aunque se medía en términos de los servicios prestados y no por resultados o producto.

La municipalización de los consultorios de atención primaria, el otro pilar de la descentralización, perseguía mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de la población directamente atendida y lograr que las propias municipalidades efectuaran aportes adicionales para salud.

Las ISAPRES, por su parte, fueron autorizadas para efectuar la captación y administración de la cotización de salud, y otorgar directa o vía terceros las prestaciones de salud. La permanente opción respecto del sistema estatal, así como la competencia entre estas entidades, tendería a generar soluciones eficientes y adaptadas a las preferencias de las personas.

No fue posible hacer una evaluación completa de los resultados de estas reformas; en parte, por su proximidad, y también porque se trata de una tarea por realizar.

Algunos fenómenos y tendencias son, no obstante, discernibles desde ya. Así, la descentralización del sistema estatal creó estructuras con capacidad para actuar en forma independiente y adaptable, las que fueron sólo parcialmente aprovechadas. Se hizo sentir la conveniencia de un esfuerzo deliberado para aumentar la capacidad administrativa. Por su parte, el sistema de asignación de fondos FAP y FAREM operó sólo en forma parcial, aunque orientado adecuadamente. Su deficiencia mayor sigue siendo el operar a base de insumos y no a producto.

En general, se podría sostener que estas reformas están bien orientadas, por lo que su experiencia sería aprovechable y, desde luego, perfeccionable.

En cuanto a las ISAPRES, éstas mostraron un significativo desarrollo, que se puede bosquejar en su participación de alrededor del 12 por ciento

en la población afiliada a 1988, más de la mitad de las cotizaciones de salud y cerca de un 40 por ciento de participación en el gasto en salud (excluidas diferencias por aranceles, parte de insumos y fármacos). Su permanencia en el tiempo dependerá de la adaptabilidad de las ISAPRES a sus condiciones de mercado presentes, y, principalmente, de los ajustes que se efectúen a su producto; de su capacidad de cubrir sectores más amplios de la población y de mantener a sus afiliados en el tiempo, así como a los enfermos crónicos y aquellos con riesgos diferenciales superiores.

Finalmente, los recursos globales destinados para salud en Chile parecen no haber disminuido con posterioridad a las reformas. En rigor, si se consideran los gastos de las ISAPRES, habrían aumentado. Pero se advierte un patrón de disparidad creciente en el financiamiento disponible y el tipo de atención al que tienen acceso las personas de mayores y menores ingresos relativos. Tanto este efecto redistributivo regresivo como la determinación del óptimo gasto en salud para la sociedad chilena son tareas críticas por resolver hoy y en el futuro próximo.

I

Antecedentes Históricos del Sistema de Salud Chileno

En nuestro país, el comienzo de las actividades sanitarias y asistenciales se remonta a las épocas de la Conquista y de la Colonia. Durante esos períodos, la Corona española crea en Chile los Cabildos, instituciones que concentran las funciones legislativas, judiciales y ejecutivas con atribuciones amplias que les permitían intervenir en todo el ámbito nacional. Son, entonces, implementadas por el Cabildo las primeras medidas sanitarias relacionadas con la salubridad urbana, el control de alimentos y bebidas, el aprovisionamiento del agua potable y medidas profilácticas y curativas en épocas de epidemia.

En 1552 don Pedro de Valdivia funda en Santiago el primer hospital chileno (posteriormente entregado a la Congregación de los Hermanos de San Juan de Dios, que le dieron su nombre), dotado de 50 camas y destinado a la atención de los menesterosos. Tanto este hospital como los creados posteriormente en otras ciudades importantes de la Colonia eran supervisados directamente por los Cabildos y por los obispos, cuyas intervenciones eran esporádicas.

Durante todo el período colonial, las medidas sanitarias adoptadas no lograron impactar en el estado de salud de la población: la viruela y el tifus exantemático diezmaban el país. Por más de 200 años no hubo acciones sanitarias trascendentales y persistió el diagnóstico de salud mencionado hasta 1805, cuando se inicia la variolización a nivel nacional. En 1808 se crea la Junta Central de Vacunas con el propósito de difundir a través de todo el país el proceso de inmunización.

En tiempos del régimen republicano y durante el gobierno del Presidente José Joaquín Prieto, cuando el país se organizaba sobre bases jurídicas sólidas, se crea, en 1832, la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos de Santiago, integrada por todos los directores de hospitales y por cinco ciudadanos designados.

Diez años más tarde, en 1842, se funda en la Universidad de Chile la Facultad de Medicina, a la que la ley encargó, dentro de sus funciones principales, desarrollar la Medicina, estudiar las enfermedades endémicas existentes en Chile y mejorar la higiene pública y doméstica.

Paralelamente se habían asignado nuevas Juntas de Beneficencia con reglamentos particulares. El desorden y la anarquía en el manejo de estos establecimientos motivaron al gobierno a legislar en 1886 un Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (institución que derivó directamente de la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos) y que tenía como finalidad dar unidad administrativa a todos los establecimientos de la beneficencia.

En 1887 se crea la Junta General de Salubridad, destinada a asesorar al gobierno en materias de salud pública. En 1892 este organismo fue reemplazado por el Consejo Superior de Higiene Pública, y se forma, además, el Instituto de Higiene. Ambas instituciones dependían del Ministerio del Interior y persistían sólo con funciones asesoras.

Por su parte, las Juntas de Beneficencia, si bien habían sido uniformadas administrativamente, presentaban problemas de manejo por la falta de conocimientos técnicos de sus directivos, quienes se reciclaban del círculo político y económico relevante de la época. En 1917 nace el Consejo Superior de Beneficencia con el objeto de dar unidad técnica a todos los hospitales del país.

En 1918 se aprueba, después de varios años, el primer Código Sanitario, obra de los doctores Alejandro del Río, Corbalán Melgarejo y Maira, quienes revisaron y ordenaron las disposiciones sanitarias existentes en la época.

Este Código creó la Dirección General de Sanidad, autoridad unipersonal que contaba con facultades ejecutivas. Además, se formaron orga-

nismos sanitarios en cada zona de salubridad en las que había sido dividido el país, cada una a cargo de un inspector sanitario.

Tanto las funciones como la organización de la Dirección de Sanidad fueron complementadas en los códigos sanitarios de 1925 y 1932.

En el año 1924 nace la previsión social en Chile. Con el dictamen de la Ley 4.054 se creó la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, institución que cubría los riesgos de invalidez, vejez y muerte; otorgaba, además, beneficios asistenciales a todos los obreros, artesanos, campesinos, servidumbre doméstica, sus esposas e hijos hasta la edad de dos años. Ese mismo año se funda el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, el que luego se transformó en el Ministerio de Salubridad, que dio unidad a todos los servicios asistenciales y sanitarios del país.

En 1925 se efectúa una nueva modificación para el funcionamiento de las Juntas de Beneficencia: se formó la Junta Central de Beneficencia, entidad autónoma con recursos técnicos y financieros suficientes para operar adecuadamente y quedar al margen de cambios políticos.

La Caja de Seguro Obrero, por su parte, experimentó un crecimiento rápido desde 1932 a 1935, y se prestaron servicios médicos curativos a través de todo el país. En 1938 se dictó la Ley 6.174 de Medicina Preventiva, que implicaba la realización de exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores. A partir de esa fecha se puso énfasis en las acciones preventivas, reorganizando el sistema con la formación de zonas de cierta autonomía a través del país para resolver sus propios problemas.

En 1942 nacen dos instituciones de importancia. Una es la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA), que agrupó instituciones fiscales y semifiscales y cuyo propósito era tener una directiva única. Se refundieron: el Departamento Central de la Madre y el Niño, Centros Preventivos y Departamentos de Sanidad Escolar. El objetivo no se cumplió, ya que además de PROTINFA, la Caja de Seguro Obrero Obligatorio y la Beneficencia Pública continuaban prestando servicios curativos y preventivos al mismo grupo. Por el DFL 32/1552 se crea la segunda institución: el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), constituido por la unión de diferentes departamentos de Salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Particulares. En un comienzo prestó servicios esencialmente preventivos a los imponentes que padecían de tuberculosis, enfermedades venéreas, cáncer y patologías cardiovasculares; además, se preocupaba de la higiene materno-infantil.

En 1952, mediante la Ley 10.383, se creó el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.), organismo único encargado de la protección de la salud de

toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta la edad de 15 años. El SNS fue resultado de la unión de: Beneficencia, Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, PROTIN-FA, Servicio Médico de las municipalidades, Sección Accidentes del Trabajo del Ministerio del Trabajo e Instituto Bacteriológico. Además de las acciones citadas, el SNS era el responsable de la atención del indigente y su familia, que alcanzaba al 70 por ciento de la población.

En 1958 se fundaron las Mutuales de Seguridad, instituciones destinadas a proteger a los trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo. Diez años después, en 1968, la Ley 16.744 consolidó las Mutuales de Seguridad, a las que permitió captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo. En esta misma fecha se dictó la Ley de Medicina Curativa —16.781— que ofrecía un Sistema de Libre Elección a empleados públicos, privados, activos o jubilados junto a sus familias. El Sistema de Libre Elección consistía en un mecanismo de bonificación estatal de las prestaciones que permitía elegir libremente el médico o la institución en que cada individuo deseaba ser atendido.

De acuerdo a lo dictado por el DL 2.575 del año 1979 se permitió el acceso al Sistema de Libre Elección a los beneficiarios legales del SNS.

El DL 2.763 de 1979 dio inicio al proceso de descentralización administrativa, fusionando el SNS y el SERMENA, lo que dio origen al actual Sistema Nacional de Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Central de Abastecimiento e Instituto de Salud Pública, organismos estatales, funcionalmente descentralizados, con personería jurídica y patrimonio propio. Continuando con el proceso de descentralización, el año 1980, por DFL 1-3063, DL 3.477 y DL 3.529, se comenzó el proceso de municipalización: se traspasan a la administración municipal los Consultorios de Atención Primaria.

Ese mismo año se promulgó el DL 3.500 que reformó el sistema previsional de pensiones y salud. Estableció, asimismo, una cotización obligatoria para salud ascendente a un 4 por ciento de las remuneraciones. Posteriormente, en 1983, se aumentó esta cotización a un 6 por ciento.

En el año 1981, por DFL N° 3, se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), entidades privadas que permiten a cada individuo elegir libremente su afiliación al sistema público o privado. Estas instituciones eran fiscalizadas por el Fondo Nacional de Salud, el que controlaba el cumplimiento de las obligaciones establecidas por la ley.

En 1985 se dictó la Ley 18.469 que comenzó a regir el 1 de enero de 1986 y que reorganizó el sector público en modalidades de atención institu-

cional y de libre elección. Esta modificación normativa eliminó las diferencias entre obreros y empleados, es decir, entre régimen de salud y calidad previsional. Estableció un aporte financiero de acuerdo a la capacidad económica de pago con acceso libre e igualitario a las acciones de salud y a la elección del sistema de atención. También traspasó el otorgamiento de préstamos médicos desde las antiguas Cajas de Previsión al Fondo Nacional de Salud.

Estas leyes permiten materializar lo establecido en el artículo 19 de la Constitución Política del Estado de 1980:

"El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado."

Los últimos cambios producidos en Chile se relacionan con las cotizaciones previsionales:

- Ley 18.566, de 1986, permite un 2 por ciento de cotización adicional que se puede descontar de impuestos. Ley 18.675, de 1987, aumenta las bases imponibles para el cálculo de cotización previsional para el sector público.
- Ley 18.754, de 1988, que fija cotización del 7 por ciento para pensionados del régimen antiguo.
- Ley 18.933, de 1990, que modifica la legislación de ISAPRES y crea la Superintendencia de ISAPRES.

Este breve recuento histórico permite formarnos una impresión de la evolución institucional y organizacional del sector salud chileno.

El capítulo siguiente abordará los fundamentos y características de las reformas introducidas a partir de 1978, proceso aún en desarrollo. Sus tendencias principales serán analizadas en el último capítulo.

Cuadro N° 1
Resumen de Fechas e Hitos más Importantes de la Salud Chilena

Año	Objeto/Funciones	Institución	Cuerpo Legal
1552	Se inicia vacunación a nivel nacional.	Fundación primer hospital chileno	
1805	Difundir a nivel nacional el proceso de inmunización.	Junta Central de Vacunas	
1832		Junta Directores de Hospital y Casas de Expósitos.	
1842	-Desarrollo de la Medicina. -Estudiar las enfermedades endémicas existentes en Chile. -Mejorar la higiene pública y doméstica.	Creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.	
1886	Dar unidad administrativa a establecimientos de la beneficencia.	Junta de Beneficencia.	Reglamento orgánico de la Junta de Beneficencia.
1887	Asesorar al gobierno en materias de Salud Pública.	Junta General de Salubridad	
1891	Responsable de la higiene pública y estado sanitario de la comuna.	Municipalidades	Ley de organización y atribución de las Municipalidades.
1892	Asesorar al gobierno en materias de salud pública.	Consejo de Higiene Pública.	
1917	Dar unidad técnica a todos los hospitales del país.	Consejo superior de Beneficencia	
1918	Autoridad unipersonal con facultades ejecutivas.	-Dirección General de Sanidad -Creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad.	Primer Código Sanitario

Cuadro N° 1
(Continuación)

Año	Objeto/Funciones	Institución	Cuerpo Legal
1924	Cubrir riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.	-Caja de Seguro Obrero, -Creación del Ministerio de Higiene Asistencia y Previsión Social.	Ley N° 4.054 Seguro Obrero Obligatorio.
1925	Entidad autónoma con recursos técnicos y financieros	Junta Central de Beneficencia.	
1938	Realizar exámenes sistemáticos de Salud de los trabajadores		Ley N° 6.174 de Medicina Preventiva.
1942	Fusión: Depto. Central de la Madre y el Niño, Centros Preventivos y Depto. de Sanidad Escolar	Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA)	
	-Fusión de los departamentos de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados públicos y Privados. -Destinado a prestar acciones de prevención	Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).	DFL. 32/1552.
1952	Fusión de: Beneficencia, Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, PROTINFA, Servicio Médico de las Municipalidades, Sección de Accidentes del Trabajo del Ministerio del Trabajo e Instituto Bacteriológico	Sistema Nacional de Salud (SNS)	Ley N° 10.383.

Cuadro N° 1 (Continuación)			
Año	Objeto/Funciones	Institución	Cuerpo Legal
	Organismo único encargado de la Protección de la Salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta 15 años.		
1958	Protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo.	Creación de las Mutuales de Seguridad.	
1968	Derecho a captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo.	Consolidación de Mutuales de Seguridad.	Ley N° 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.
	Sistema de libre elección que involucra a empleados públicos, privados, activos o jubilados junto a sus familiares.	SERMENA	Ley N° 16.781 de Medicina Curativa,
1979	Se fusionan S.N.S. y SERMENA.	Reorganización del Ministerio de Salud. Creación de: Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Central de Abastecimiento e Instituto de Salud Pública.	DL 2.763.
	Proceso de descentralización administrativa		
1979	Permite el acceso a beneficios a sistema de libre elección		DL 2.575

Cuadro N° 1
(Continuación)

Año	Objeto/Funciones	Institución	Cuerpo Legal
1980	Proceso de Municipalización. Reforma sistema provisional de pensiones y salud. Cotización obligatoria de salud 4% de las remuneraciones.	Consultorios de Atención Primaria	DFL 1-3063/DL. 3477/DL 3529 DL 3.500. DL 3.501.
1981	Entidades privadas con sistemas de libre elección que otorga prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados.	Creación Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).	DFL3.
1985	Reorganiza el Sector Público en modalidades de Atención Institucional y Libre Elección. -Elimina diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. -Establece aporte financiero según capacidad económica. -Acceso libre e igualitario a acciones de salud.		Ley N° 18.469.
1986	Permite un 2% de cotización adicional que se puede descontar de impuestos.		Ley N° 18.566.
1987	Aumenta las bases impositibles para el cálculo de cotización previsional para el sector público.		Ley N° 18.675.
1988	Fija cotización del 7% para pensionados del régimen antiguo.		Ley N° 18.754.
1990	Modifica la legislación de Isapres y crea la Superintendencia de Isapres.	ISAPRES	Ley N° 18.933.

II

Reformas al Sistema Previsional de Pensiones y de Salud

1. Organización del Sistema de Salud Chileno a Mediado de los Años 70

La perspectiva histórica revisada en el capítulo anterior muestra un sistema de salud avanzado, con amplia cobertura para la población y en permanente dinámica.

La mezcla público-privado se inclinaba, sin duda, hacia lo primero. Tanto en los aspectos de pensiones, pero principalmente en salud, el Estado tenía un papel predominante: en acciones de protección como en aquellas preventivas y curativas, la cobertura pública era prácticamente universal, aunque desde el punto de vista legal quedaban excluidos los trabajadores por cuenta propia que no efectuaban cotizaciones para salud. Asimismo, las Fuerzas Armadas tenían un régimen previsional propio, con instalaciones y personal contratado para proveer los servicios de salud.

Los accidentes del trabajo, así como los subsidios por incapacidad laboral respectivos y pensiones por invalidez y muerte originadas por dicha causal, tenían un régimen propio: Ley de Accidentes del Trabajo y el Sistema de Mutuales de Seguridad.

El Cuadro N° 2 resume las principales características del sistema de salud chileno a mediados de los años setenta. El fomento y la protección, la medicina preventiva y la recuperación y rehabilitación para los empleados y obreros¹ y sus cargas familiares, tanto activos como pensionados, estaban comprendidos por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el Sistema Nacional de Salud (SNS), respectivamente.

¹La diferenciación entre empleados y obreros corresponde aproximadamente a aquella de *white collar* y *blue collar*, corriente en países importantes del mundo a partir de la década de los '30.

Cuadro N° 2 (A)

Características Principales de los Subistemas de Atención Médica Chilenos
a Mediados de los Años Setenta

Sistema Nacional de Salud	Sermena	Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo
Beneficios de Salud. -Fomento y protección a toda la población. -Acciones de recuperación y rehabilitación para beneficiarios. -Subsidios por incapacidad laboral derivados de enfermedades comunes y embarazo y puerperio.	-Medicina preventiva, acciones de recuperación y rehabilitación para beneficiarios.	Acciones de Fomento, Protección, Recuperación, Rehabilitación en el área de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo.
Población Beneficiaria. -Obreros y trabajadores dependientes activos y pasivos y sus cargas familiares; indigentes y cesantes y sus grupos	Empleados afiliados a las distintas cajas de previsión, tanto estatales como privadas, activos o pasivos y cargas familiares.	Trabajadores activos, cuyas empresas se encuentran aseguradas en Enfermedades Profesionales y Accidentes del Trabajo en una Mutual.

Cuadro N° 2 (A)
(Continuación)

Sistema Nacional de Salud	Sermena	Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo
Marco Jurídico.	Ley N° 10.383 de 1952.	Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 16.744 de 1968.
Monto y Origen del Financiamiento.	Aporte fiscal, de impuestos generales; aportes provisionales empleadores y trabajadores; pago directo de los beneficiarios.	Aportes previsionales de empleadores con mínimo de un 0,8% de la renta imponible y adicionales según riesgo.
Administración del Financiamiento.	Estatat	Privado, las Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo.
Otorgamiento de las Prestaciones.	Estatat a través de establecimientos públicos del Sistema.	Privado, principalmente a través de infraestructura propia desarrollada por las Mutuales.

Cuadro N° 2 (B)

Principales aspectos de la operación de los subsistemas de atención médica del sistema de salud chileno

Subsistemas Operacionales	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Sistema de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud	Instituciones de Salud Previsional ISAPRES	Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo
Marco jurídico.	Ley de prestaciones de salud 18.469.	Ley de prestaciones de salud 18.469.	Ley de prestaciones de salud 18.469 y DFL N° 3.	Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales 16.744.
Población cubierta.	Trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en FONASA con sus grupos familiares, indigentes, cesantes y sus grupos familiares.	Trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en FONASA y que optan por el sistema de libre elección de FONASA.	Trabajadores activos dependientes, independientes y pasivos que cotizan en ISAPRES y sus grupos familiares.	Trabajadores activos cuyas empresas se encuentran aseguradas en enfermedades profesionales y accidentes del trabajo en una Mutual.
Monto y origen del financiamiento.	Aporte fiscal, cotización previsional obligatoria para salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios por las prestaciones.	Cotización previsional obligatoria para salud de los trabajadores (7% renta imponible), copago de los usuarios por las prestaciones y eventualmente aporte fiscal ante déficit del subsistema de libre elección.	Cotización previsional obligatoria para salud de los trabajadores (7% renta imponible) y copago de los usuarios por las prestaciones.	Cotización establecida por Ley N° 16.744 pagada por empleadores con un mínimo de un 0,8% de la renta imponible y adicionales según riesgo.

Cuadro N° 2 (B)
(Continuación)

Subsistemas Aspectos Operacionales	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Sistema de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud	Instituciones de Salud Previsional ISAPRES	Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo
Administración de financiamiento.	Estatul a través del FONASA y SNSS.	Estatul, a través del FONASA.	Privado, las ISAPRES.	Privado, las Mutuales de Seguridad y Accidentes del Trabajo.
Beneficios que otorga cada Subsistema.	-Acciones de fomento y protección de la salud para toda la población del país. -Acciones de recuperación (atención médica) y reha- bilitación sólo para bene- ficiarios. -Subsidios con licencias médicas por enfermedad común.	-Acciones de recupera- ción (atención médica) y rehabilitación. -Subsidios por licencias médicas por enfermedad común.	-Acciones de recupera- ción (atención médica) y rehabilitación. -Subsidios por licencias médicas por enfermedad común.	-Acciones de fomento, protección, recuperación, rehabilitación en el área de enfermedades profe- sionales y accidentes del trabajo de los trabaja- dores pertenecientes a empresas afiliadas a una Mutual.
Otorgamiento de las prestaciones médicas.	Estatul a través del SNSS.	Mixto: a) Privado a tra- vés de profesionales a instituciones privadas de salud inscritas, b) Estatul en infra- estructura del SNSS.	Privado a través de pro- fesionales e instituciones privadas de salud.	Privado, principalmente a través de infraestructura propia desarrollada por las Mutuales.

En el caso del primero, era autónomo, semiestatal, en tanto el segundo era estatal. Ambos se financiaban del aporte patronal y de los propios trabajadores, pero el sistema estatal SNS recibía adicionalmente aportes fiscales directos financiados con cargo a impuestos generales.

Ambos sistemas, que cubrían prácticamente la totalidad de los trabajadores activos y pensionados y sus familias, permanecieron como compartimientos estancos hasta 1979, en que los obreros fueron autorizados para hacer uso del sistema de *bonos-vouchers* del SERMENA, accediendo a la libertad de elección.

No obstante, cabe destacar que hasta dicha fecha, inmediatamente anterior a las reformas del sector salud chileno, existía una asimetría en el tratamiento, sólo dictada por extemporáneas diferenciaciones legales en cuanto al *status* laboral: los obreros, independientemente de su condición socioeconómica, tenían atención gratuita por parte del SNS, pero carecían de libertad en cuanto a los proveedores de salud. En cambio, los empleados disponían de libertad de elección, pero carecían de gratuidad, debiendo cancelar de su propio peculio alrededor del 50 por ciento del valor de las prestaciones.

Asociado a la libertad de elección, talvez la diferenciación más importante entre ambos sistemas residía en la forma en que las prestaciones de salud eran otorgadas. Los obreros accedían a ellas vía instituciones estatales dotadas de personal médico y administrativo contratado. En cambio, los empleados, ya desde los años 60, obtenían sus prestaciones tanto vía instalaciones SERMENA como a través de profesionales e instituciones privadas (PIPS) con convenios de atención. Estos PIPS acordaban aranceles con el SERMENA, obligándose a atender a todos los beneficiarios que así lo requirieran a dichos valores.

A través del tiempo, entonces, se fue configurando una creciente práctica médica privada, con un desarrollo paralelo de los laboratorios clínicos y de rayos, clínicas y hospitales privados. Pero no fue sino hasta mediados de los años 60 —como era esperable—, con el desarrollo de la libertad de elección en el SERMENA, que esta tendencia se observó con fuerza.

Los riesgos de enfermedad de los obreros habían sido ya abordados en los años 20 (1924, Seguro Obrero Obligatorio), complementado en 1938 con la Ley de Medicina Preventiva. En 1952 el Servicio Nacional de Salud asumió las labores referidas a accidentes del trabajo, precisándose estas actividades a contar de 1958 con la creación de las Mutuales de Seguridad. Estas entidades fueron autorizadas para captar fondos y administrar un mecanismo de atención integral para los accidentes del trabajo. En 1968 estas Mutuales

fueron consolidadas mediante la dictación de la Ley 16.744 de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se ha mantenido hasta el presente.

La afiliación a las Mutuales de Seguridad —entidades privadas, sin fines de lucro— es voluntaria y financiada por el empleador. En todo caso, la totalidad de los trabajadores están cubiertos de estos riesgos a través del sistema estatal, existiendo una cotización patronal para su financiamiento. En el caso de la cobertura por el Estado, el sistema es administrado por éste y las prestaciones otorgadas en las instalaciones SNS. Para el caso de las Mutuales, son ellas mismas las administradoras, pues cuentan con una vasta red territorial de instalaciones *ad hoc*.

Aquellas empresas que cotizan para el Estado tienen la opción de obtener de éste la delegación de la administración de los beneficios, con excepción de la parte correspondiente a las pensiones por invalidez o muerte ocasionadas por accidentes del trabajo.

2. Rasgos Característicos de la Salud en Chile a Mediados de los Años 70

No es fácil perfilar un sistema complejo y con tan variadas dimensiones como lo es el de salud. Se recurre aquí a aquellos indicadores que permiten formarse una impresión aproximada del fenómeno, refiriendo al lector interesado a publicaciones especializadas de mayor comprensión.²

Los indicadores más globales y generalmente aceptados para el nivel de salud de una población son la esperanza de vida al nacer (EVN), la mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (MINF) y la tasa de mortalidad general (MOG).

El Cuadro N° 3 muestra la evolución de la EVN a partir del año 1960: en esa fecha alcanzaba a 58,1 años, aumentando en casi 10 años para 1975 (67,2 años), con un nuevo aumento a 71 años en 1980. Luego, en los años 80 la EVN aumentó en algo menos de 1 año, a 71,8 años, valor comparable al alcanzado en países desarrollados.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil, ésta alcanzaba a 136,2 en 1950, reduciéndose un 40 por ciento de dicho valor (55,4) en los 25 años siguientes. Este índice experimentó una nueva fuerte reducción —pero a ritmo aún más acelerado— en los 15 años siguientes, alcanzando a 19,5 por ciento en 1985 y 18,1 por ciento en 1988.

²Véase OPS (1988).

Cuadro N° 3
Indicadores de Salud Chile
(1950 - 1960 - 1965 - 1970 - 1975 - 1980 - 1985 - 1988)

Años	Tasa Natalidad	Tasa Mortalidad Infantil (./1.000 N.V.)	Tasa Mortalidad General (./1.000 Habs.)	Esperanza de Vida al Nacer (años)	Total	Inmunizaciones (1) Por Cada 1.000 Habs.
1950	34,2	136,2	14,8	N/D	N/D	N/D
1960	37,1	120,3	12,3	58,1	2.016.901	262
1965	35,9	95,4	10,7	60,6	4.163.730	485
1970	27,5	79,3	8,8	63,6	4.530.775	478
1975	24,8	55,4	7,2	67,2	5.073.050	490
1980	22,8	31,8	6,6	71,0	4.000.351	359
1985	21,6	19,5	6,1	71,5	3.898.202	322
1988	23,3	18,9	5,8	71,8	4.137.785	325

Fuente: Indicadores Biodemográficos Depto. Coordinación e Informática. Ministerio de Salud.
Indicadores Sociales (1960-1980) Banco Central.

(1) Incluye vacuna antivariólica hasta 1981, antitífica, antidiéfrica, mixta, antipoliomelítica oral, antisarampión, antiinfluenza y BCG.

La tasa de mortalidad general, por su parte, se redujo de 14,8 por ciento en 1950, a 7,2 por ciento en 1975 (51 por ciento de reducción en 25 años) y en 6,1 por ciento en 1985 y 5,8 por ciento en 1988.

Estos tres indicadores evidencian progresos considerables en las tres décadas siguientes a 1950; el caso más notable es el observado en la MINF.

El Cuadro N° 4 muestra las principales causas de muerte en Chile a partir del año 1950. Las cuatro primeras eran en dicho año las enfermedades infecciosas y parasitarias (24,2 por ciento); del aparato respiratorio (22,9 por ciento); del aparato circulatorio (11,9 por ciento) y afecciones período perinatal (11,0 por ciento). En total, explicaban un 70 por ciento de las muertes. Para 1975 se había alcanzado ya el perfil actual, en que las causas eran: aparato circulatorio (21,1 por ciento); tumores malignos (14,1 por ciento); traumatismos y envenenamientos (10,2 por ciento) y aparato respiratorio (12,1 por ciento). Los 13 años siguientes mostrarían un aumento de 12,5 por ciento en la explicación de las muertes por estas cuatro causas, el que es, a su vez, resultado del fuerte aumento de las dos primeras causas: aparato circulatorio y tumores malignos.

Estos indicadores gruesos muestran perfiles similares a los de países desarrollados, además de corresponder también a un creciente envejecimiento de la población. Se señala al respecto que estas características anunciarían requerimientos asistenciales crecientes para los niveles secundarios y terciarios de atención, a la vez que la conveniencia de dedicar esfuerzos hacia las acciones de fomento y protección.

En cuanto a la población cubierta, a mediados de los años 70 alrededor de un 20 por ciento correspondía a empleados (sistema SERMENA), un 50 por ciento eran obreros y, por lo tanto, cubiertos por el SNS; alrededor de un 7 por ciento de los trabajadores eran independientes que cotizaban para previsión, y se repartían entre los sistemas señalados; entre un 18 por ciento y un 20 por ciento eran trabajadores por cuenta propia que no cotizaban, y que tenían acceso al SNS en las urgencias en forma gratuita, pero que debían pagar el valor de sus atenciones de salud en otras circunstancias. La población restante estaba cubierta por el sistema de las Fuerzas Armadas.

Se presentan a continuación algunos indicadores de los recursos destinados para salud: personal de salud (sólo para sistema estatal); número de camas, público y privado; establecimientos de asistencia médica (sólo estatal) y el gasto público en salud en relación al PGB.

Cuadro N° 4
Principales Causas de Muerte en Chile
(1950-1988) Años seleccionados

Causas	N° Def.	1950			1960			1965			1970		
		%	%	Ran- king	%	%	N° Def.	%	%	Ran- king	%	%	Ran- king
Aparato Circulatorio	12.315 (2)	11,9	11,9	3	12,4	12,4	7.195	10,6	10,6	4	21,9	21,9	1
Tumores													
Malignos	5.021	4,9	16,8	5	22,3	9,9	5.772	9,5	20,1	5	33,7	33,7	3
Traumatismos y envenenarme	4.910	4,7	21,5	6	32,7	10,4	6.018	8,3	28,4	6	43,4	43,4	5
Enfer. Aparato Respiratorio	23.574	22,9	44,4	2	46,4	13,7	7.924	18,3	46,7	1	61,7	61,7	2
Enfer. Aparato Digestivo	3.639	3,5	47,9	7	59,6	13,2	7.685	11,1	57,8	3	68,2	68,2	6
Enfer. Infecciosas y Parasitarias	24.947 O)	24,2	72,1	1	69,0	9,4	5.442	7,2	65,0	7	79,8	79,8	4
Afecciones Perinatal	11.378	11,0	83,1	4	83,2	14,2	8.294	14,5	79,5	2	85,2	85,2	7
Complic. Embarazo, Parto y Puerperio	762	0,7	83,8	8			N/D	0,9	80,4	8	85,6	85,6	8
Otras Causas	16.838	16,2	100,0		100,0	16,8	9.751	19,6	100,0		100,0	100,0	
Total	103.384	100,0	100,0		100,0	100,0	58.084	100,0	100,0		100,0	100,0	

Cuadro N° 4
(Continuación)

1975				1980				1985				1988			
N° Def.	%	% Acum.	Ran-king	N° Def.	%	% Acum.	Ran-king	N° Def.	%	% Acum.	Ran-king	N° Def.	%	% Acum.	Ran-king
15.673	21,1	21,1	1	19.630	26,6	26,6	1	20.422	27,8	27,8	1	20.791	27,9	27,9	1
10.442	14,1	35,2	2	11.321	15,4	42,0	2	12.655	17,2	45,0	2	13.425	18,0	45,9	2
7.539	10,2	45,4	4	8.739	11,9	53,9	3	9.010	12,2	57,2	3	9.036	12,1	58,0	3
8.948	12,1	57,5	3	7.030	9,5	63,4	4	8.077	11,0	68,2	4	8.948	12,0	70,0	4
5.108	6,9	64,4	6	6.002	8,1	71,5	5	5.859	8,0	76,2	5	4.805	6,5	76,5	5
6.322	8,5	72,9	5	3.544	4,8	76,3	6	2.523	3,4	79,6	6	2.586	3,5	80,0	6
4.450	6,0	78,9	7	3.179	4,3	80,6	7	1.721	2,3	81,9	7	1.859	2,5	82,5	7
336	0,4	79,3	8	185	0,2	80,8	8	132	0,2	82,1	8	123	0,2	82,7	8
15.364	20,7	100,0		14.080	19,2	100,0		13.135	17,9	100,0		12.862	17,3	100,0	
74.182	100,0	100,0		73.710	100,0	100,0		73.534	100,0	100,0		74.435	100,0	100,0	

N/D : No disponible.

(1) : Incluye influenza y Diarrea.

(2) : Incluye Accidente Vasculares Encefálicos.

Fuente : Anuarios de defunciones y causas de muerte. Ministerio de Salud.
Indicadores biométricos. Resumen 1988 Depto. Coordinación e Informática, Ministerio de Salud.

Nota: Las causas de muerte se encuentran agrupadas de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades según las revisiones siguientes:

Año 1965 VII Revisión
Años 1970-75 VIII Revisión
Años 1980-88 IX Revisión
Por los ajustes anteriores las cifras no son absolutamente comparables.

El Cuadro N° 5 muestra que en 1950 había en Chile, empleados (jornada total y parcial) por el Estado, 2.205 médicos, 4.487 enfermeras y practicantes y 674 otros profesionales de salud.³ En 1975, los médicos eran 4.414, las enfermeras 1.731, y los otros profesionales de la salud, 4.900. En 1988 los médicos habían aumentado a 5.348, las enfermeras a 2.186 y los otros profesionales a 5.273. Cabe destacar que en igual período la población del país prácticamente se triplicó; pero no es fácil obtener conclusiones respecto de la evolución del personal de salud per cápita debido a que desconocemos el número total de médicos en el país.

El Cuadro N° 6 muestra la evolución del número de camas. En el año 1950 el sector público disponía de 28.202 camas, las que habían aumentado a 34.276 hacia 1975. En ese año las camas privadas ascendían a 3.684, por lo que el total era alrededor de 38.000. Así, el número total de camas por 1.000 habitantes alcanzaba a 3,8. A partir de mediados de los '70 se observan dos tendencias: primero, en tanto el número de camas del sector público disminuye en alrededor de 1.500, las camas privadas casi se triplican, alcanzando alrededor de 10.000 en 1988; segundo, el número de camas por cada 1.000 habitantes se habría reducido a 3,3 en 1988, lo que, dado que se habrían mantenido las tasas de ocupación, sería compensado en una reducción en el número de días-cama promedio.

En todo caso, como tendencia general, se observaría una disminución en el número de camas por 1.000 habitantes, la que ocurriría principalmente desde mediados de los '70 en adelante.

En cuanto a los establecimientos de asistencia médica públicos, el Cuadro N° 7 muestra que en 1950 existían 224 hospitales. Para mediados de los '70 éstos habían aumentado a 232, a los que se sumaban 142 consultorios rurales y urbanos, más 719 postas de atención. En los años siguientes se observa una disminución del número de hospitales hasta 202, acompañada de un fuerte aumento de los consultorios (hasta 369) y de postas (a 1.034).

³Incluye matronas, dentistas, kinesiólogos, nutricionistas y otros profesionales.

Cuadro N° 5
Serie Temporal del Personal de Salud
SNS/SNSS Chile (1950-1988) Años Seleccionados

Años	Médicos	Enfermeras	Matronas	Dentistas	Otros Profesionales de Salud*
1950	2.205	4.487 (1)	312	168	194 (2)
1960	3.724	8.935 (1)	633	489	284 (2)
1965	4.071	1.095	761	788	670 (3)
1970	4.401	1.666	1.101	1.140	1.895
1975	4.414	1.731	1.377	1.345	2.178
1980	4.128	2.509	1.839	1.752	2.622 (4)
1985	5.549	2.800	2.021	1.774	2.682
1988	5.348	2.186	1.636	1.366	2.271

* :Químicos, farmacéuticos, kinesiólogos, tecnólogos médicos, nutricionistas y asistentes sociales.
(1) :Incluye enfermeras y practicantes.
(2) :Incluye sólo farmacéuticos.
(3) :Incluye nutricionistas, técnicos laborantes y otros profesionales específicos.
(4) : Además, incluye terapeutas ocupacionales.
Fuente : Anuario de atenciones y recursos, Ministerio de Salud.

Cuadro N° 6

Números de Camas e índice Ocupacional de Establecimientos de Salud
(1950-1989) Años Seleccionados

Años	Sector Público		Sector Privado		Total Sector Salud	Nº Camas Totales por Cada 1.000 habs.
	SNS	SNSS	Nº	% Ocup.		
	Nº	% Ocup.	Nº	% Ocup.		
1950	28.202	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
1960	30.425	N/D	N/D	N/D	N/D	4,0
1965	33.234	N/D	2.722	N/D	35.956	4,2
1970	33.611	78,5	2.321	73,3	35.932	3,8
1974	34.276	78,5	3.684	N/D	37.960	3,8
1975	N/D	N/D	N/D	N/D	33.772	3,3
1980	33.879	76,1	4.088	67,7	37.967	3,4
1985	33.435	75,2	8.789	64,5	42.224	3,5
1987	32.594	73,8	9.233	66,6	41.827	3,3
1989	32.850	75,9	10.199	66,6	43.049	N/D

N/D :No disponible.

Fuente :Anuario de atención y recursos, Ministerio de Salud.

Cuadro N° 7
Establecimientos de Asistencia Médica
SNS/SNSS (1950,1960,1965,1974,1980,1988)

Año	N° Hospitales	N° Consultorios Rurales y Urbanos	N° Postas
1950	224	N/D	N/D
1960	242	N/D	N/D
1965	300	—	—
1974	232	142	719
1986	202	310	997
1988	202	369	1.034

N/D : No disponible.

Fuentes : Anuario Atenciones y Recursos. Ministerio de Salud.
 Catastro Recursos Físicos, Ministerio de Salud.

Los indicadores de recursos que hemos revisado hasta ahora son bastante coincidentes con la relación del gasto público en salud (GPS) al Producto Geográfico Bruto (PGB). No se dispone de estos valores para la década de los 50, y aquellos que poseemos a partir de 1960 presentan discrepancias significativas en algunos años según la fuente que se tome: ellos corresponden a distintas metodologías de cálculo. (Véase Cuadro N° 8.) A comienzos de los años 60, el GPS ascendería a alrededor de un 3,04 por ciento del PGB. Luego de haber alcanzado a alrededor de 3,4 por ciento en 1970 y 4,0 por ciento en 1972 (pero sólo 2,9 por ciento al año siguiente, según la misma fuente), a mediados de los '70 había alcanzado alrededor de 3,0 por ciento. De acuerdo a las cifras del Ministro de Salud, se habría producido una recuperación para 1981/82, alcanzando alrededor de 3,25 por ciento para luego descender sostenidamente hasta llegar a 2,40 por ciento en 1988. Este descenso en la década de los 80 fue acompañado del desarrollo persistente de un sistema privado de salud previsional, denominado ISA-PRES (Instituciones de Salud Previsional) creado en 1981, al cual podían dirigirse las cotizaciones obligatorias de salud, alternativamente al sistema estatal. Estas cotizaciones, que de otro modo habrían fluido hacia el sistema público, si se suman a los componentes del gasto público en salud muestran una tendencia inversa a la destacada precedentemente: luego del máximo de 1981-82 (alrededor de 3,3 por ciento) se pasó por un mínimo de 3,06 por ciento en 1985, para aumentar nuevamente hasta 3,34 por ciento en 1988.

Cuadro N° 8
Gasto en Salud como Porcentaje PGB

Año	Yáñez		Ministerio de Salud		Banco Central		ODEPLAN
	GPS/PGB	Índice	GPS/PGB	Índice	GPS/PGB	índice	GPS/PGB
1960					3,3	132,0	2,78
1961					3,4	136,0	2,85
1962					3,2	128,0	3,21
1963					3,1	124,0	2,73
1964					3,1	124,0	2,59
1965					3,3	132,0	3,34
1966					3,2	128,0	2,96
1967					3,3	132,0	2,97
1968					3,4	136,0	3,03
1969					3,3	132,0	3,38
1970	3,43	135,6			3,3	132,0	
1971					3,9	156,0	
1972					4,0	160,0	
1973	2,09	82,6			2,9	116,0	
1974	2,53	100,0	3,21	100,0	2,5	100,0	
1975	2,40	94,9	3,38	105,3	3,0	120,0	
1976	2,52	99,6	2,94	91,6	3,0	120,0	
1977	2,78	109,9	2,91	90,7	3,2	128,0	
1978	2,98	117,8	2,90	90,3	3,2	128,0	
1979	2,94	116,2	2,70	84,1	3,0	120,0	
1980	2,60	102,8	2,60	81,0	3,0	120,0	
1981	3,14	124,1	2,93	91,3			
1982	3,64	143,9	3,56	110,9			
1983	3,08	121,7	2,94	91,6			
1984	2,84	112,3	2,88	89,7			
1985	2,66	105,1	2,65	82,6			
1986			2,53	78,9			
1987			2,33	72,6			
1988			2,40	74,7			

Fuentes: J. Yáñez. "El Costo Público en los Sectores Sociales 1970-1980. Determinación y análisis" I. Aguiló, J. Yáñez "Cálculo y Análisis del Gasto Público en los Sectores Sociales, Chile 1980-1985". Indicadores Financieros Sector Público 1974-1988. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales Banco Central.
ODEPLAN (1971): "Antecedentes sobre el Desarrollo Chileno 1960-1970". pp. 315 y 391.

Debemos ser, no obstante, cautos respecto de lo último puesto que en tanto el sistema estatal se caracteriza por la solidaridad, accediendo todos sus afiliados a similares beneficios, el sistema privado de ISAPRES es esencialmente individual y, por lo tanto, con diferencias de beneficios entre sus afiliados y, por cierto, entre éstos y aquéllos del sistema estatal. Lo cierto es, entonces, que si bien los recursos legalmente destinados a salud se han mantenido estables, con posterioridad a las reformas de los años 80 se produjo una creciente desigualdad en el acceso y niveles de beneficios.

Resumiendo este recuento, el Sistema de Salud chileno existente a mediados de los años setenta resultó de un largo proceso de desarrollo, caracterizándose por sus rasgos de universalidad y amplia cobertura desde los años 40. Sus embriones se gestaron ya en los años 20, y la medicina chilena mostró desde mucho antes una gran precocidad y pudo exhibir resultados destacables, que fueron orgullo de la nación y respetado por los países de América.

Los recursos destinados a salud habrían mostrado una gran estabilidad, al menos en relación a la disponibilidad global de bienes en la sociedad. Si esto pudiera considerarse insuficiente, desde comienzo de los años 60 hubo un esfuerzo estatal deliberado por mejorar las condiciones ambientales, sanitarias, de vivienda y educación para los sectores más pobres, lo que contribuyó poderosamente a los notables resultados en salud que se apreciaban a mediados de los 70.

Como todo sistema, no obstante, el de salud chileno presentaba deficiencias: fuertes diferencias de beneficios entre obreros y empleados, que obedecían sólo a *status* legales-laborales distintos, pero no a factores socioeconómicos. Alrededor de un 20 por ciento de la población no aportaba cotizaciones para el financiamiento de la salud, y tampoco era beneficiario del sistema, correspondiendo a sectores más desvalidos de la población; los sistemas mayoritarios de atención, SNS y SERMENA, eran entidades centralizadas, muy jerarquizadas, inflexibles a las demandas de la población y con lentitud para adaptarse a las situaciones cambiantes, con una administración burocratizada e ineficiente. Desde la perspectiva de las personas como entes racionales y preferencias personales variadas, el sistema de salud ofrecía sólo reducidas opciones de elección tanto entre establecimientos como profesionales tratantes. Por último, el sistema se caracterizaba por una predominancia estatal casi absoluta tanto en el manejo del financiamiento como en la administración de los beneficios, y en menor grado, aunque mayoritario, en el otorgamiento de las prestaciones vía instalaciones propias y personal contratado. No existen razones a priori que

justifiquen el predominio estatal o privado, por lo que un esquema balanceado parecería más adecuado como patrón de referencia.

3. Las Reformas de los Años 80

Las reformas de los años 80 al sistema de salud chileno se iniciaron legalmente en 1979 y entraron en vigencia a partir de 1980.

Pareciera claro a estas alturas de nuestra revisión que no existían razones imperiosas inmediatas que obligaran a la modificación del sistema de salud: los resultados eran superiores y los recursos comprometidos en salud bastante moderados. Pero existían deficiencias susceptibles de optimización, perspectivas sombrías en el área de eficiencia administrativa y capacidad de respuesta y un déficit crónico y creciente en el ámbito previsional de pensiones, que obligaba al Estado a desviar en esa dirección cada vez mayores recursos.⁴ Probablemente haya sido esto último el detonante para emprender las reformas del sistema de salud conjuntamente y como parte del sistema de pensiones.

La presentación de los fundamentos de las reformas es una composición de numerosas fuentes oficiales, de las cuales las más importantes están señaladas en Raczyński (1983) y Pinera (1979), este último Ministro del Trabajo y Previsión Social en ese entonces.

3.1 Equidad en los Beneficios

Se trataba de igualar el acceso a los beneficiarios para los distintos sectores de la población:

- Igualación de los beneficios para los empleados y obreros, eliminando la distinción legal para estos efectos.
- Otorgar acceso a los beneficios de salud a aquellos grupos de la población que carecían de ellos, o eran reducidos: el caso de los trabajadores por cuenta propia, ya sea que cotizaran o no para efectos provisionales.

⁴Véase Scarpaci y Miranda (1990).

- Todos los beneficiarios del sistema estatal accederían al beneficio de los préstamos médicos en igualdad de condiciones.

3.2 Equidad en los Pagos

Perseguiría hacer equivalentes, en términos de sacrificio de bienestar, las cotizaciones aportadas por los trabajadores como forma de prepago (o prima de un seguro de salud, en jerga de seguros) y los pagos directos efectuados al momento de solicitar la atención de salud.

Hasta el momento de la reforma efectuada por la Ley 18.469 de noviembre de 1985, los aportes para salud de empleados y obreros eran diferentes: alrededor de 16,5 por ciento para los primeros y de 10,3 por ciento para los segundos, ambos como porcentaje de la renta imponible. Los trabajadores por cuenta propia no cotizaban para salud, aunque lo hicieran para efectos de pensiones, pero tenían acceso gratuito a las acciones de fomento y protección y las urgencias.

La reforma del sistema de salud introdujo, en concordancia con las reformas previsionales establecidas por el DL 3.500 de 1981, que las cotizaciones previsionales, tanto para pensiones como para salud, pasaban a ser patrimonio del trabajador, quien estaba obligado a cotizar y su empleador a actuar como agente recolector, reteniendo y enterando el pago en las entidades correspondientes. Los aportes patronales previos a las reformas fueron convenientemente traspasados al trabajador. Este tendría la opción de afiliarse al sistema estatal (ahora Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS) o a entidades privadas sustitutivas de aquél, las ISAPRES. Inicialmente, la cotización para salud se fijó en 4 por ciento de la renta imponible (a partir de mayo 1981). Muy pronto la experiencia mostró la insuficiencia de dicha contribución, la que fue alzada en 1983 en un 6 por ciento, y nuevamente en 1986, a un 7 por ciento. En el caso de las entidades privadas —ISAPRES— podía cotizarse adicionalmente en forma voluntaria, y era ventajoso hacerlo, puesto que asociado a ello se obtenían beneficios superiores.

En cuanto al pago directo (copago), en las ISAPRES éste pasó a ser inversamente proporcional a las cotizaciones per cápita aportadas, en forma similar a los beneficios obtenidos de un seguro de salud. En el sistema estatal se estableció una modalidad redistributiva de beneficios: cuanto más pobre el trabajador, mayor la bonificación obtenida, alcanzando al 100 por ciento en el caso de los indigentes y los trabajadores de ingresos relativos inferiores.

Al año 1986, la distribución de estos beneficios era la siguiente:

Grupo de Ingreso	Categoría de Ingreso	Porcentaje de Bonificación en Sistema Estatal	Porcentaje de Población Cubierta
A	indigente	100%	74,3%
B	bajo	100%	
C	medio	75%	12,9%
D	alto	50%	12,7%

Fuente: Giaconi (1985), pág. 31.

Como entre los Grupos A y B, gratuidad total, y C quedaban grupos significativos de empleados que previamente debían cancelar el 50 por ciento en copago vía SERMENA, el número de personas beneficiadas era mayor que la de obreros que pasaban de gratuidad a pagar.

Así: el factor de discriminación en la bonificación era la condición económica; el criterio aplicado era homogéneo para todos los trabajadores; la bonificación era redistributiva, favoreciendo más a los de menores ingresos, y los trabajadores que ganaban eran más que los que perdían bajo la nueva situación.

3.3 Focalizar los Subsidios

El Gobierno Militar tenía entre sus concepciones sociales más amplias la de mantener los subsidios para los grupos de inferiores recursos, pero sustituyendo los subsidios "cruzados" por subsidios "directos". El primer tipo es característico de los arcaicos sistemas de reparto, donde no existen incentivos para cotizar y sí es muy conveniente emplear los sistemas hasta el límite de agotamiento. De este modo, es sólo una coincidencia que quienes están en condiciones de financiar el subsidio lo hagan, y que sean efectivamente receptores quienes lo merecen.

En cambio, los subsidios "directos" permiten identificar claramente los grupos y personas-objetivo del subsidio, el motivo, monto, oportunidad y circunstancias, a la vez que los entes que van a ser tributados para tal efecto.

Concentrando la gratuidad total en los indigentes y grupos de ingreso bajo se conseguía focalizar en los más pobres el subsidio. Y aunque persistían rangos amplios en que seguían existiendo subsidios cruzados, la reforma avanzaba en la dirección apropiada. Por cierto, se mantenía un fuerte sesgo en cuanto a que la base para el cálculo era el ingreso del jefe del hogar, sin considerar el número de familiares que debía mantener.

De todos modos, algunas prestaciones se mantuvieron gratuitas para todos los afiliados, por considerarse que sus economías externas así lo justificaban: examen de salud de medicina preventiva; protección y control de la mujer embarazada (durante el embarazo y puerperio); control del niño (hasta los 6 años de edad) y Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Esta focalización de subsidios también comprendió algunos grupos afectados por riesgos diferenciales, como es el caso de los enfermos de insuficiencia renal crónica afectos a diálisis, respetando beneficios existentes antes de la reforma. Pero también abrió una puerta para eventuales nuevos riesgos, especialmente aquellos de enfermedades infecciosas con fuertes deseconomías externas: hepatitis, meningitis, sida, etc.

3.4 Ampliar la Libertad de Elección

Para el ideario del Gobierno Militar era importante y, según se ha comprobado posteriormente, también para mayoritarios sectores de la población, que las personas pudieran dar respuesta a sus preferencias y contar con alternativas de opción. De ese modo, siempre sometidas a sus limitaciones presupuestarias, las personas buscarían aquellas soluciones que les proporcionarían el máximo bienestar.

El aumento en las opciones de atención comprendió tanto los sistemas a los que podría acceder como dentro de cada uno de ellos, a diversos proveedores del servicio. La competencia que se generaría entre proveedores resultaría en mejoras en la calidad de los servicios y haría sus precios más convenientes. La existencia de sustitutos para cada servicio haría al paciente menos dependiente, lo cual reduciría la capacidad del proveedor para discriminar precios y extraerle sus excedentes de consumidor.

Los pasos dados en esta dirección fueron:

- El año 1979 se permitió a los obreros utilizar el sistema de *vouchers* del SERMENA, hasta entonces privativo de los empleados.

- El año 1981 se permitió la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), entidades de salud privadas en las que los trabajadores podrían optar por afiliarse en sustitución del sistema estatal. La existencia de numerosas ISAPRES permitiría la opción entre ellas, que se verían obligadas a competir por un mejor servicio. Estas podrían financiar y/u otorgar directamente las prestaciones.
- La Ley 18.469 permitió al trabajador afiliado al sistema estatal atenderse en cualquier establecimiento del sistema en atención secundaria y terciaria.⁵ Ello, con la finalidad de que la persona dirigiera sus demandas hacia los establecimientos de mejor atención, sirviendo de mecanismo de control para su funcionamiento. Dichos establecimientos tendrían incentivos para aumentar la atención desde el momento que al menos parte importante de sus recursos estatales les serían distribuidos según las atenciones efectivamente prestadas.

3.5 Aplicar la Subsidiariedad del Estado

El Gobierno Militar había establecido el principio de que el Estado sólo participaría en la actividad directa de producción de bienes o servicios en subsidio ante la ausencia de capacidad, interés o iniciativa privada. Pero la norma sería que los entes privados tendrían primera prioridad para emprender y desarrollar toda la actividad económica, y como excepción, lo haría el Estado.

En el caso de la salud chilena, el Estado era predominante en la administración del financiamiento y mayoritario en el otorgamiento de las prestaciones de salud. La aplicación de principios de subsidiariedad comprendería acciones en ambas fuentes.

Para la administración del financiamiento se creaba la opción de las ISAPRES, las que competirían por las cotizaciones de salud de los trabajadores y establecerían beneficios acordes a sus montos.

Para el otorgamiento de las prestaciones se sumaría al sistema estatal (SNSS) institucional (que pasaría a llamarse Modalidad Institucional de Atención) y al Sistema de *vouchers* SERMENA —FONASA entre 1980 y 1985, Modalidad de Libre Elección a partir de 1986— las instalaciones de atención directa que crearan las ISAPRES y, de todos modos, la oferta

⁵En atención primaria, consideraciones prácticas aconsejaron mantener la adscripción a zonas geográficas de residencia.

inducida por éstas. Ellas no podrían emplear las instalaciones estatales, de modo que su desarrollo y expansión obligaría a incrementar la provisión privada de servicios de salud.

Una tercera reforma que se proponía en esta misma dirección consistía en la creación de un Seguro Nacional de Salud que sustituiría el subsidio a la oferta (gratuidad o cobro parcial del valor de las prestaciones en el sistema estatal) por un subsidio a la demanda, en que el Estado cubriría con sus fondos la diferencia necesaria para obtener al menos un mínimo de beneficios en entidades similares a las ISAPRES. Así, los establecimientos estatales de provisión de Servicios de Salud podrían ser privatizados a través del tiempo. No existió consenso al interior del Gobierno Militar para proceder a esta reforma, y si bien formaba parte de la propuesta del candidato oficialista a la Presidencia, éste obtuvo menos del 30 por ciento de la votación. Los otros dos candidatos proponían mantener el sistema estatal.

3.6 Aumentar la Eficiencia

Este objetivo atraviesa todas las reformas emprendidas. Comprende la reorganización del sistema estatal de salud, el traspaso de la responsabilidad y los recursos para la atención primaria a las municipalidades, creación de las ISAPRES y la reorientación de los recursos de salud hacia la atención primaria.

En 1979 el Decreto Ley N° 2.763, con vigencia a partir de enero 1980, crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), compuesto por 27 Servicios de Salud, la Central de Abastecimientos, el Instituto de Salud Pública (ISP) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). De este modo se dio inicio al proceso de descentralización, separando en el sector la función normativa, la función financiera y la función operativa.

La función normativa y de control permanecería radicada en el Ministerio de Salud, de cuyo Subsecretario (equivalente a viceministro) dependerían los Servicios de Salud. La función operativa quedaba radicada en los Servicios de Salud, Central de Abastecimientos e ISP, todos organismos estatales, funcionalmente descentralizados, con personería jurídica y patrimonio propio. Estos deben atenerse a las normas, políticas e instrucciones impartidas por el Ministerio, con amplia autonomía dentro de dicha circunscripción, respondiendo ante el ministro y dando cuenta de su gestión.

La función financiera fue asignada, por último, a FONASA. Además de la función de registro y fiscalización en conjunto con el Ministerio del cual depende, lo más crítico es que efectúa por cuenta de éste la distribución

de los fondos para los servicios. En este sentido, se implantó un mecanismo de distribución de fondos a base de las atenciones efectivamente prestadas (Financiamiento por Atenciones Prestadas, FAP), en oposición a los sistemas tradicionales de capitación (*capitation*) y población asignada. Se pretendía así ligar el financiamiento al nivel de actividad de los establecimientos y servicios. Los recursos fluirían a las entidades donde efectivamente se prestaran las atenciones. Por razones de cautela y práctica, no llegó a aplicarse en su integridad, distribuyéndose una fracción no superior al 25 por ciento del financiamiento total por esta vía. Esto será analizado con mayor detalle en la sección sobre Descentralización.

Esto es, se crearon estructuras descentralizadas con mayor autonomía y facultades para reaccionar. Al mismo tiempo, el financiamiento respondería a la actividad real, lo que evitaría los fuertes desbalances asociados a asignaciones basadas en comportamientos históricos.

La Municipalización de la Atención Primaria, como se conoció el traspaso de los Consultorios de Atención Primaria a los municipios, se inició en 1981 pero en forma muy embrionaria, ya que no más de un 20 por ciento de los establecimientos fueron traspasados en la oportunidad. De esta forma, se lograría una descentralización de la atención primaria, agregando los recursos financieros aportados por las propias municipalidades a aquellos provenientes del Ministerio de Salud. Estos últimos serían distribuidos también mediante el Financiamiento de Atenciones Prestadas en municipalidades, FAPEM, igual lógica que el FAP. Este proceso es también abordado con mayor detalle más adelante.

La creación de las ISAPRES en 1981, mediante Decreto Fuerza de Ley N° 3, permitiría a las personas optar a un sistema privado de financiamiento, administración y otorgamiento de las prestaciones de salud, alternativamente al sistema estatal. Estas empresas privadas responderían a incentivos pecuniarios, pero la competencia entre ellas induciría eficiencia administrativa y servicios oportunos y de calidad. Ellas permitirían integrar a los trabajadores por cuenta propia hasta entonces no cotizantes, y mediante cotizaciones adicionales obtener beneficios superiores a aquellos establecidos por ley.

Otra característica notable de las ISAPRES en términos de eficiencia radica en la directa relación entre cotizaciones y beneficios: esto induce a cotizar lo legal al menos y, por otra parte, restringir el uso de los beneficios a lo necesario, en prevención de eventuales aumentos futuros de primas. El fraccionamiento del universo de afiliados en unidades de menor tamaño, lo

que facilita la administración, también podría significar mejoras en la eficiencia.⁶

Se pensó inicialmente que esta opción —que abordamos con mayor detalle más adelante— no abarcaría a más de un 5 a 7 por ciento de la población: recuérdese que la cotización legal en 1981 se estableció en 4 por ciento. Así, se estableció la alternativa, pero el Gobierno Militar no empleó inicialmente en su desarrollo estímulos especiales, ni remotamente semejantes al empeño puesto en la forma previsional de personas. Posteriormente, los aumentos de tasas de cotización hasta el 7 por ciento han expandido el potencial hasta alrededor de un 20 por ciento de la población y, en términos reales, a un 13 por ciento de ella en 1989.

Por último, el Gobierno Militar efectuó desde mediados de los años 70 una fuerte reorientación de los recursos públicos de salud hacia la atención primaria. Ello mejoró la cobertura poblacional, alcanzando a las comunidades rurales; mejoró la atención profesional del parto, así como la atención de la mujer embarazada y de los niños hasta los seis años. Estas medidas respondían a la lógica de que el rendimiento de los recursos aplicados a la atención primaria es muy superior a aquella en los niveles superiores, especialmente en los países de menor grado de desarrollo.

Aunque se lograron mejoras destacables en los indicadores de salud universalmente aceptados —aunque no exclusiva ni principalmente por estas acciones— ya alrededor de 1985 se observaron deficiencias extremas en los niveles secundarios y terciarios que llevaron a revertir esta política. También presionó en esta dirección la recesión económica experimentada por la economía chilena a partir de 1982, que implicó un aumento de la presión asistencial sobre el sistema público. Así, en agosto de 1986, con el nombramiento de un nuevo Ministro de Salud, se restituyó el balance en la asignación presupuestaria en los distintos niveles de atención.

3.7 Capacidad de Respuesta a las Necesidades de la Población

Los sistemas centralizados, burocratizados y jerarquizados, si bien ofrecen la promesa de aprovechar mejor las economías de escala, tienden a ser poco dinámicos y lentos para reaccionar ante situaciones cambiantes. También tienden a ser insensibles a las demandas de las personas e

⁶Existe evidencia de economías de escala por administración y computacionales. Por otra parte, en ausencia de instalaciones propias de atención, a mayor volumen de afiliados se producen des-economías de control de abusos y sobreconsumo.

Cuadro N° 9
Tiempo de Traspaso Municipal de Establecimientos de Atención Primaria

Consultorio Urbano		Consultorio Rural		Posta Rural		Estación Médico Rural		Consultorio Dental	
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1981	26	13	46	229	23	161	13		
1982	11	6	9	61	6	4		5	7
1983			1	1					
1984	1	2							
1985									
1986									
1987	4	70	38	692	70	146	11		
1988	136	92	14	11	1	189	15	69	93
Total	178	92	108	994	100	500	39	74	100

Fuente: Panzer (1989).

inflexibles en su planificación. Por último, la distancia existente entre el nivel de decisión y el nivel asistencial tiende a traducirse en desconocimiento de las necesidades reales de las poblaciones atendidas.

La descentralización del sistema estatal, dividiendo lo que en 27 Servicios y capacidades de decisión estaba previamente centralizado en una sola Dirección Nacional; la municipalización de los Consultorios de Atención Primaria, que en las necesidades más cotidianas y apremiantes permitiría reaccionar *in situ*, además de la capacidad de la comunidad para manifestar sus requerimientos ante las autoridades municipales; las ISAPRES, con sus diversas alternativas de beneficios a ser contratados individualmente, y la posibilidad de elegir entre una gama amplísima de alternativas, y si todavía insatisfecho, retomar el sistema estatal en cualquier momento, completaban las crecientes opciones de obtener las prestaciones de salud a través del sistema estatal por vía de la modalidad de libre elección.

Mediante la descentralización, municipalización, aplicación de la libre elección en el sistema estatal y la creación de las ISAPRES se establecían mecanismos para que las personas dispusieran de variadas opciones que les permitieran satisfacer sus necesidades de salud según sus preferencias. Los diversos mecanismos se caracterizaban, además, por estructuras, ya sea de mayor flexibilidad y dinamismo que antes (caso de los servicios de salud descentralizados) y consultorios municipalizados, o de gran capacidad de respuesta a las necesidades, como es la atención privada.

4. La Descentralización de los Servicios de Salud

Como se señalara, esta reforma se efectuó mediante la dictación del Decreto Ley N° 2.763 de 1979. A dicha fecha existían 54 áreas de salud del Servicio Nacional de Salud, que fueron transformadas en 26 servicios operativos que resultaron de una fragmentación del ex SNS y el ex SERMENA, con autonomía administrativa, planta de personal propio, y manejo presupuestario y patrimonial relativamente independiente.⁷ El servicio 27 es el Servicio de Salud Metropolitana del Ambiente.

El Ministerio de Salud retiene las funciones normativas y de planificación para el Sistema de Salud, fijando políticas de salud, planes y programas para el sector estatal, así como el control y supervisión. Esta última función, a nivel de seguimiento y fiscalización también la efectúa

⁷Seguimos en esta parte a J. Giaconi (1982) y J. Giaconi (1985). El año 1986 y hasta marzo de 1990, el Dr. Giaconi fue Ministro de Salud del Gobierno Militar.

sobre las ISAPRES, a través de FONASA (Fondo Nacional de Salud). La creación de una Superintendencia de ISAPRES, a partir de mediados de 1990, restó esta función a FONASA, pero mantiene la independencia respecto del Ministerio de Salud.⁸

El Ministerio opera a un nivel central en Santiago y en un nivel regional 13 Secretarías Regionales Ministeriales, que representan al Ministerio en cada región, supervisan y controlan el funcionamiento de los servicios.

El segundo ente en importancia del Sistema es el Fondo Nacional de Salud, el que cumple las siguientes funciones básicas:⁹

- Administrar la modalidad de libre elección de la Ley 18.469. Consiste en la de *vouchers* a los afiliados al sistema estatal que opten por atenderse con los profesionales e instituciones privadas de salud con convenio de atención. Esta es una continuación del sistema del SERMENA en operación desde mediados de los años '60 para los empleados y luego extendido a los obreros en 1979.
- Recaudar y distribuir los recursos a los Servicios de Salud y consultorios municipalizados. Obtiene los recursos de parte del Ministerio, distribuyendo una parte del presupuesto (alrededor del 80 por ciento) en forma directa, y el resto a través del mecanismo de "facturación de atenciones prestadas" (FAP para los Servicios y FAPEM para consultorios).
Este mecanismo fue ideado con el objeto de vincular los recursos financieros a los volúmenes de actividad de los Servicios y unidades, estableciendo estímulos para el cumplimiento de sus metas. Este sería uno de los pilares para el funcionamiento descentralizado del sistema de salud estatal, introduciendo los Servicios a una gestión más dinámica que tuviera que competir por sus recursos financieros, pero que tendría la capacidad y autonomía para resolver.
- Clasificar e identificar a los afiliados al sistema estatal. Como se señalara, la reforma de 1986 (Ley 18.469) estableció un sistema redistributivo progresivo de bonificación según el nivel de ingreso del grupo familiar del afiliado. El otorgamiento de un mecanismo de

⁸Ley 18.933, del 9 de marzo de 1990.

⁹FONASA (1989)

identificación para los afiliados, así como su clasificación en los "grupos de ingreso" a nivel nacional fue asignado a FONASA (alrededor de 8 millones de afiliados).

- Financiar la modalidad de libre elección. Los *vouchers* vendidos por FONASA se ofrecían a un promedio de 63 por ciento de su valor de cambio. El 37 por ciento restante debía ser financiado al momento de ser presentado en cobro por los profesionales e instituciones.
- Otorgar préstamos a los afiliados al sistema estatal. Los afiliados tienen derecho a préstamos médicos sin intereses (pero sí con corrección monetaria) por la parte no bonificada, con un límite por prestación. Estos préstamos, de fácil tramitación, permiten reducir la carga financiera inmediata de los afiliados sujetos a cobro: aquellos con bonificación de 100 por ciento (alrededor del 75 por ciento) no lo requieren.
- Fiscalizar a las ISAPRES. FONASA, por cuenta del Ministerio de Salud, ejerce esta función desde 1981. Debe vigilar y exigir el cumplimiento de los mínimos establecidos por ley, hacer un seguimiento permanente del sistema ISAPRES informando de las anomalías, previendo crisis y actuando con oportunidad, conforme a sus atribuciones. También debe estar en conocimiento de los servicios ofrecidos por las ISAPRES, obligar el otorgamiento de los servicios mínimos establecidos por la ley y prestar asistencia a los afiliados en sus demandas y ante incumplimiento de contratos.

El Sistema de Facturación por Atenciones Prestadas

Señalamos previamente que perseguía ligar financiamiento con volumen efectivo de actividad e introducir incentivos para la operación, conforme las políticas y programas.

Su operación es la siguiente:

- Todas las prestaciones de salud son codificadas en un arancel, el cual contiene el valor de dichas prestaciones.
- Mensualmente, cada unidad operativa del respectivo Servicio resume estas prestaciones, las que se agregan a nivel de Servicio y se remiten al nivel central del Ministerio de Salud. Este las recibe y las

presenta en FONASA para su cobro, según su valor resultante de la sumatoria de valores individuales.

- El valor cancelado por FONASA será una fracción del valor facturado, debido a que la totalidad de las remuneraciones del personal (alrededor del 60 por ciento del presupuesto) es cancelada directamente, así como también una parte de los insumos intermedios empleados. Así, entre un 20 por ciento a 25 por ciento es distribuido por este mecanismo.

A través del tiempo —ya que el sistema FAP se implementó desde comienzos del SNSS— se idearon diversas fórmulas para establecer incentivos al correcto empleo de los recursos. Ello, debido a que si bien este sistema era un avance respecto del sistema de capitación o población asignada, tenía una deficiencia que con el tiempo probaría ser clave: financiaba según el empleo de recursos, pero no según resultado.

Esta deficiencia se fue haciendo más manifiesta a medida que las unidades descubrieron cómo podía maximizarse el financiamiento, hecho que fue reforzado por dos factores: uno, el componente de trabajo en las distintas prestaciones no era homogéneo; dos, los aranceles ("precios") no se adecuaron perfectamente en el tiempo a los cambios en los costos. Entonces, el margen obtenible por sobre los costos efectivos de las prestaciones para cada unidad era distinto, introduciendo al sistema estímulos perversos. Convenía concentrar la acción en las prestaciones que proporcionaban mayor margen, y en la medida que se pagaba por empleo de recursos hipertrofiar estas acciones. Ello, en el entendido que las acciones eran reales, lo que no ocurrió.

De aquí que se intentaran diversos esquemas de control y estímulos destinados a aminorar esta deficiencia: "techos" a la facturación total, por un lado, y, por otro, premios asociados al cumplimiento de las metas de salud. Estos premios podían ser empleados por los directores de servicios para compra de insumos, equipos, mejoras de las instalaciones, para horas extraordinarias y personal a honorarios. Estos esfuerzos han sido sólo parcialmente fructíferos, y en el presente se estudia el establecimiento de sistemas asociados a resultados: determinación de "canastas" de prestaciones necesarias para procesos de recuperación de patologías; y a un nivel de mayor sofisticación *Diagnostic Related Groups*, DRG

A la fecha no se ha efectuado una evaluación global del proceso de descentralización a partir de 1980 y perfeccionado en 1986. Podría decirse que en lo referente a cambios organizativos, éstos se plasmaron desde un

comienzo, y ello en buena medida gracias a que —en palabras del Dr. Giaconi— se fragmentó el antiguo SNSS, fusionándolo con SERMENA. De modo que, básicamente, se continuaron efectuando las mismas acciones de salud que antes de la reforma.

Mayor ha sido el impacto a nivel central, y principalmente en FONASA, al que además de habersele asignado múltiples funciones inicialmente, se le agregaron nuevas con motivo de la reforma de 1986: identificación y clasificación de beneficiarios y otorgamiento de préstamos médicos. También esta entidad desarrolló en el tiempo, y especialmente en 1984, una creciente capacidad de fiscalización de las ISAPRES, dentro de las restringidas atribuciones otorgadas por la ley.

No existen evidencias, pero sí numerosos indicios de que la gestión administrativa de los Servicios de Salud muestra niveles de gran disparidad: algunos de ellos han alcanzado elevados estándares, en tanto que otros, deficientes. En este sentido el proceso de descentralización no estuvo acompañado de un esfuerzo deliberado, constante ni global por mejorar la capacidad administrativa de los Servicios. Esto ha resultado de esfuerzos de personas que en uso de su mayor autonomía han desarrollado la capacidad.

El mayor esfuerzo a nivel central fue el efectuado por el sistema de asignación y distribución del funcionamiento: el sistema de FAP y FAPEM. En este sentido, como destacaremos en la sección respectiva, se han explorado mecanismos de creciente perfección técnica que han ido corrigiendo las deficiencias que la práctica ha generado. Lamentablemente éstas sólo han producido resultados parciales, no corrigiendo las dos fuentes principales de error: la determinación de aranceles (precios) defectuosos y, muy principalmente, asignar recursos conforme a su empleo (pagar según insumos empleados), antes que según los resultados o producto obtenido.

5. La Municipalización de los Consultorios de Atención Primaria (CAP)

Los objetivos que se persiguieron en la transferencia a las municipalidades de los CAP a partir de 1981 fueron:¹⁰

- 1) Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas al nivel comunal.

¹⁰Véase J. Giaconi (1985), p. 23.

- 2) Mejorar el control y fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las Direcciones de Servicios del SNSS.
- 3) Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.
- 4) Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar sus infraestructura.
- 5) Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social.
- 6) Permitir una mayor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes para salud como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc.

La transferencia se materializó en tres períodos (véase cuadro N° 9): en 1981 el total ascendió a 462, un 17, 4 por ciento del total de consultorios. El énfasis en esta primera "ola" fue en los consultorios rurales, que fueron un 43 por ciento del total. Una segunda oleada se produjo el año 1982, en que se traspasaron 90 consultorios, un 3,4 por ciento del total. En 1983-84 se traspasaron otros tres consultorios. Posteriormente, en 1987, se reanudaron los traspasos, transfiriéndose 880 consultorios (un 33 por ciento del total) con el mayor énfasis en las postas rurales. En 1988 nuevamente se efectuaron transferencias que alcanzaron a 419 consultorios, elevando el total municipalizado a un 70 por ciento. De este modo, el 92 por ciento de los Consultorios Urbanos, el 100 por ciento de los Consultorios Rurales, Postas Rurales y Clínicas Dentales, y el 40 por ciento de las Estaciones Médico-Rurales se encontraban transferidos a diciembre de 1988.

La razón por la cual el proceso iniciado en 1981-82 se detuvo hasta 1987 parece encontrarse en la aguda crisis económica de los años 1982-86 en Chile.¹¹ Al mismo tiempo, "techos" establecidos por el Ministerio de Salud al FAPEM hicieron poco atractivo para las municipalidades hacerse cargo de los consultorios.

También en este caso la evaluación del proceso es parcial. Es importante destacar dos esfuerzos en esta dirección, encaminados, uno, a establecer el nivel administrativo alcanzado en los CAP, y el otro, a nivel más global, las tendencias observadas.

¹¹J. Panzer (1989), p. 13.

En el primer caso,¹² a base de un número seleccionado de consultorios que reunían diferencias en cuanto al nivel de ingresos de las municipalidades, fecha de traspaso y Servicio de Salud supervisor, en la Región Metropolitana, se llegó a las siguientes conclusiones:

- El nivel administrativo global definido en términos de proceso alcanzaba en el mayor consultorio a 2/3 del nivel considerado adecuado; el mínimo era de 46 por ciento de lo adecuado.
- Las deficiencias mayores se encontraban en la función de administración de recursos humanos, organización y control. Se estimaron estas deficiencias como críticas, atendida la naturaleza de servicios personales de manejo de recursos.
- A nivel sólo de indicios, existiría una asociación positiva entre el nivel de ingresos municipales y nivel administrativo del consultorio; el Servicio de Salud supervisor impactaría al nivel administrativo de la Unidad Técnica (enfermería, maternal, nutrición, dental y servicio social), el tiempo de traspaso no tendría efecto sobre el nivel administrativo, esto es, no habría proceso de aprendizaje.

Por otra parte, la principal tendencia en el segundo estudio¹³ muestra que efectivamente las municipalidades han efectuado aportes adicionales a sus CAP, que era uno de los objetivos perseguidos. Como era de esperarse, las municipalidades más ricas han efectuado aportes más significativos, traducándose en una creciente disparidad en los recursos de salud disponibles para la población, en favor de aquellos de mayor ingreso relativo. Más importante aún, como señala Panzer:

"Un hallazgo importante de este estudio ha sido llegar a la conclusión que esos efectos distributivos negativos han ocurrido. Aún más, en algunas circunstancias ellos han sido reforzados por la carencia de un plan por parte del gobierno central para distribuir los techos FAPEM entre las municipalidades, en los años 1981-82 y, en el presente, entre las regiones. De hecho, a diferencia de otras transferencias a los gobiernos locales, cuyos montos están inversamente asociados con los montos de recursos propios de esas comunidades, los techos FAPEM nunca han sido

¹²Véase V. Loyola, V. y E. Miranda, (1990).

¹³Véase J. Panzer (1989), p. 3.

determinados en base alguna que se pudiera sostener siga una regla de optimización..."

Así, Panzer concluía que las reducciones en el FAPEM (monto de recursos distribuidos) resultaba en una redistribución regresiva de los Servicios de Salud. Un último aspecto destacable de este proceso es que tampoco a fines de 1989 se habían establecido los mecanismos de participación de la comunidad que permitieran una fluida comunicación y respuesta (*responsiveness*) a las sentidas necesidades de la población. Además, las autoridades comunales, empezando por el Alcalde, eran designadas por el gobierno central y no por las comunidades servidas, lo que las hacía menos sensibles a sus inquietudes y necesidades.

Entonces, tal vez lo más ponderado que puede señalarse del proceso de municipalización es que se trata de un paso en la dirección correcta, por las razones pertinentes, con variadas deficiencias que deben ser corregidas para su real utilidad.

6. Las Instituciones de Salud Previsional ISAPRES

Las ISAPRES fueron creadas en 1981 como parte de las reformas al sistema previsional efectuadas por el Gobierno Militar. Ya hemos señalado a nivel de fundamentación que con ellas se perseguía aumentar la libertad de opción en salud para las personas, la eficiencia del sistema de salud y su sensibilidad a las necesidades de las personas.

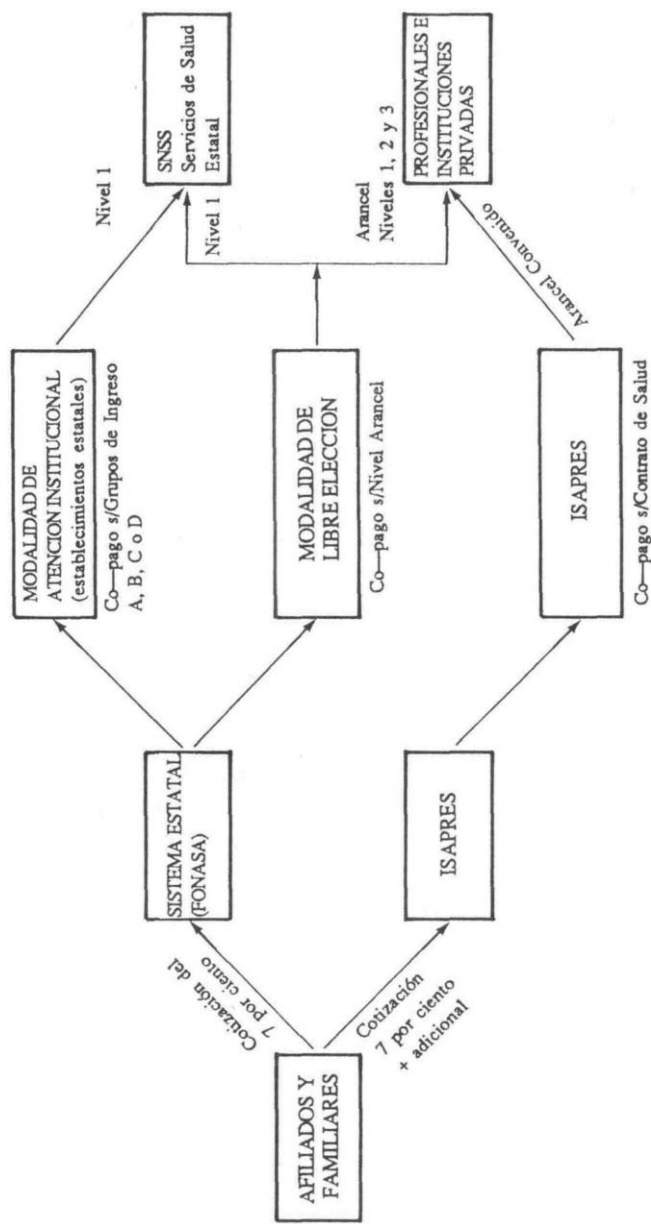
Estas entidades, personas jurídicas con giro de negocios no necesariamente exclusivo, debían contar con un capital mínimo muy bajo (alrededor de US\$ 30.000), autorización y supervisión de parte de FONASA. Operan como una alternativa de afiliación al sistema (Véase Cuadro N° 10), pudiendo las personas desplazarse libremente entre ISAPRES y entre éstas y el sistema estatal en todo momento. (Véase E. Miranda, 1988.)

La cotización obligatoria para la salud puede ser complementada con una adicional, ambas desconectadas por el empleador en el caso de los trabajadores dependientes. Se pacta libremente con cada ISAPRE un "contrato de salud"¹⁴ que especifica las cotizaciones totales a pagar, las prestaciones de salud comprendidas, los aranceles de referencias y las bonificaciones. El sistema opera en base mensual, existiendo una garantía (similar a una reserva de compañía de seguro) equivalente a un mes de cotizaciones. En el

¹⁴Véase E. Miranda, (1990, a)

caso de insolvencia o quiebre, la garantía, primero, y luego el capital de la ISAPRE son aplicados a cancelar sus obligaciones pendientes con los afiliados.

Cuadro Nº 10
Esquema de la Estructura del Sistema de Salud Chileno



Los servicios producidos comprenden las prestaciones médicas pactadas y los subsidios por incapacidad laboral. Estos cubren el pago del salario del afiliado (según el monto correspondiente a lo cotizado) por el período que dure la licencia médica expedida por profesional médico.

Abordaremos a continuación en forma serena los rasgos característicos del desarrollo de las ISAPRES y los problemas no resueltos al presente. Seguimos en esto al autor en un artículo publicado en 1989.¹⁵

Los rasgos más sobresalientes de su evolución han sido su fuerte y sostenido crecimiento; una gran competitividad y decreciente concentración en el mercado; gran estabilidad de las ISAPRES operando en el mercado; escasa inversión directa en infraestructura, pero fuerte inducción de inversión en los proveedores de servicios; a través del tiempo, se han reducido los márgenes de explotación, y también los gastos de administración y ventas. Ha habido una reducción en el margen sobre ventas, así como de las rentabilidades, acercándose a los niveles de competencia (esto es, rentabilidad de equilibrio de largo plazo para el perfil de riesgo de la actividad).

No es posible entrar al detalle de cada una de estas características, pero podemos resumir: ¹⁶

Una apreciación general del sistema ISAPRES muestra que, a pesar de las críticas a su existencia y las deficiencias de su operación, ha evolucionado en forma dinámica, evidenciando crecientemente competitividad y gran estabilidad, induciendo importantes aumentos en la infraestructura privada de salud, reduciendo sus márgenes y logrando mayor eficiencia operativo-administrativa.

Así, la solución a las necesidades de salud que el 12 por ciento de la población total del país afiliado al sistema a diciembre de 1988 logra es preferida a las formas alternativas representadas por el sistema estatal, y la evolución del mercado indica que progresivamente se alcanzan mayores beneficios por unidad de dinero cotizado. Sin ser óptimas, las soluciones alcanzadas son claramente superiores.

¹⁵Véase E. Miranda, (1989)

¹⁶Véase E. Miranda, (1989) p. 26.

En la actualidad se pueden establecer los riesgos que enfrenta el sistema de ISAPRES y los problemas no resueltos, consecuencia de la manera en que fue estructurado¹⁷ y las formas que ha asumido su desarrollo.

En cuanto a los problemas de la coyuntura, ya desde fines de 1987 se observa una disminución de la tasa de crecimiento del sistema, tendencia que se agudiza posteriormente. Así, el mercado pasa a madurar, y no podrá confiar en la expansión sino que en una adecuada administración de la cartera de afiliados como sostén de la actividad. La disminución de los márgenes enfatiza la necesidad de mejorar la capacidad administrativa, y atacar los aumentos de costos de explotación derivados tanto de sobreconsumo como de los subsidios por incapacidad laboral. Posiblemente esto lleve a las ISAPRES a adoptar progresivamente sistemas administrados de salud y desarrollo de instalaciones propias.

Un tercer aspecto crítico han sido las deficiencias en la determinación de costos, y, en general, el manejo técnico de los riesgos de salud. Los errores incurridos en este ámbito por algunas ISAPRES han impactado negativamente al conjunto de ellas, y provocado situaciones de traspasos de empresas y fusiones.

Los problemas de corte estructural manifiestos tienen que ver con algunas características del producto de las ISAPRES, con la información a los afiliados y con el grado de cobertura a la población.

En cuanto a las características del producto, son aspectos deficientes el plazo de los contratos de salud, y la evaluación de riesgo y control de la selección adversa, especialmente en su aplicación a los enfermos crónicos y aquellos de riesgo diferencial superior. En la práctica, los plazos de los contratos han sido de doce meses, renovables, lo que ha perjudicado a las personas en virtud del envejecimiento natural, y cuando contraen enfermedades crónicas o riesgos superiores las ISAPRES los han sacado del sistema o aumentado fuertemente las cotizaciones exigidas. Por otra parte, en vez de establecer mecanismos científicos de evaluación de riesgo, las ISAPRES optaron por emplear "declaraciones de salud" llenadas por los propios afiliados. En muchos casos éstas se han prestado para la comisión de arbitrariedades, no cobertura de prestaciones o bonificaciones inferiores a las pactadas. Las escasas atribuciones del organismo fiscalizador para resolver en estos casos ha obligado a recurrir a los Tribunales de Justicia, haciendo el procedimiento caro, lento y de incierto resultado.

La naturaleza compleja del fenómeno de salud —que requiere de conocimientos técnicos para su comprensión—, la incertidumbre de la

¹⁷E. Miranda, (1989), p. 30.

enfermedad, su diagnóstico y tratamiento, sumado a la reticencia de informar acerca de precios, calidades técnicas y eficacia comprobada, hacen que la posición del paciente sea extremadamente débil. Los costos de la información para cada individuo son elevados, por lo que ésta es el área en que se impone la acción estatal para desarrollar y dar acceso a la información necesaria para que este mercado funcione adecuadamente.

Por último, y tal vez sea el problema más crucial, la baja cobertura poblacional de este sistema, que se estima sólo alcanzaría potencialmente a un 20 por ciento del total. Ello, en el marco de que se generan significativas diferencias en la calidad de la atención de salud a favor de los afiliados a las ISAPRES, en virtud de una opción legal y exenciones tributarias.

Podemos concluir señalando:¹⁸

Existen problemas en la operación de las ISAPRES, tendencias en su evolución y características estructurales del sistema que necesariamente deberán ser abordadas...

Varias ISAPRES deberán resolver sus problemas operacionales; otras deberán reenfocar y/o afinar sus áreas y procedimientos técnicos; la mayoría deberá redefinir su producto.

El envejecimiento de los afiliados actuales, el envejecimiento de la población, los enfermos crónicos y las personas de mayor riesgo relativo; la cobertura médica de los planes de salud y la duración de los contratos; los mecanismos de selección y cuantificación de riesgos: todos, aspectos que habrán de abordarse para abrir vías aceptables de acceso a sectores de la población actualmente excluidos.

Diferencias cualitativas sustanciales en los servicios de salud obtenidos vía sistemas amparados por la ley, basados en financiamiento obtenido en virtud de una obligación legal, exenciones tributarias regresivas (dentro de los máximos imponibles) y una baja cobertura de la población total configuran —por último— un escenario de alta vulnerabilidad.

¹⁸Véase E. Miranda (1989), p. 34.

III

Tendencias Globales de la Evolución Reciente del
Sistema de Salud Chileno

Concentraré mi análisis en la evolución, a partir de 1981 —año que puede señalarse como el de comienzo de las reformas discutidas—, de cuatro indicadores globales: distribución de las cotizaciones legales para salud entre el sistema estatal y las ISAPRES; la distribución del gasto salud entre el sistema estatal y las ISAPRES; la evolución y el gasto público en salud, y el gasto público en salud per cápita.

Señalamos anteriormente que la reforma del sistema de salud permitió a las personas afiliarse al sistema estatal —como históricamente lo hacían— o al sistema privado de ISAPRES. Esto nos dará una idea de la cuantía de recursos disponibles para cada sistema.

El Cuadro Nº 11 muestra que el año 1981 sólo un 1 por ciento de las cotizaciones fluían hacia las ISAPRES. Esta participación aumentó sostenidamente en el período, para superar a aquellas del sistema estatal ya casi desde 1987, y desde luego en 1988. En un lapso de menos de siete años, el sistema ISAPRE ya captaba más del 50 por ciento de las cotizaciones obligatorias de salud y, al final de 1988, los afiliados (y familiares) a ISAPRES alcanzaban a un 11,6 por ciento de la población total.

Cuadro Nº 11
Cotizaciones de Salud Obligatorias al
Sistema Estatal e Isapres
(\$ millones c/año)

Año	Sistema Estatal		Isapres*		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1981	9.253	99,0	96	1,0	9.349	100
1982	9.841	88,5	1.276	11,5	11.117	100
1983	13.702	81,2	3.176	18,8	16.878	100
1984	18.008	75,2	5.932	24,8	23.940	100
1985	21.806	67,6	10.451	32,4	32.257	100
1986	29.401	59,8	19.749	40,2	49.150	100
1987	36.462	52,7	32.705	47,3	69.167	100
1988	46.782	48,0	50.672	52,0	97.454	100

*Cotización legal y adicional.

Fuentes: Ministerio de Salud, "Indicadores Financieros Sector Salud Público, 1974-1988". FONASA, Boletines de ISAPRES.

El Cuadro Nº 12 muestra estimaciones del gasto en salud efectuado a través de las ISAPRES y del sistema estatal, y en este último su distribución entre la modalidad institucional (establecimientos SNSS) y modalidad de libre elección, MLE (FONASA en su calidad de administrador del mecanismo de *vouchers*). Se hicieron esfuerzos por homogenizar los conceptos, lográndolo sólo en forma parcial: el gasto SNSS incluye la totalidad de los insumos y parte importante de los fármacos que son otorgados gratuitamente a la mayoría de sus beneficiarios; en tanto, la MLE no incluye los pagos extras a las instituciones (por diferencias no cubiertas por el arancel convenido), así como tampoco parte importante de los insumos y ningún fármaco. En el caso de las ISAPRES, se estimó el copago promedio de los contratos de salud y, por otra parte, tampoco incluye ni diferencias ni parte de los insumos. Existen unos pocos contratos de salud que cubren parcialmente el gasto en fármacos, produciéndose también una diferencia por este concepto.

Las tendencias que observamos es que las ISAPRES en este corto período pasan a administrar alrededor de 38 por ciento del gasto en salud considerado, valor que adquiere significado en la perspectiva del porcentaje de población cubierto. Así, en cifras gruesas y promedio, se puede sostener que los beneficiarios del sistema ISAPRES gastan alrededor de 4,6 veces lo que aquellos del sistema estatal. Parte de este mayor gasto es consecuencia del mayor número de prestaciones promedio, así como del mayor valor promedio. De algún modo esto refleja —o debiera reflejar— una mejor salud. También los subsidios por incapacidad laboral son para este grupo superiores, debido a sus mayores rentas. Los ajustes que se hagan no alcanzan a revertir la tendencia observada, que demuestra que en comparación a la situación inicial, los afiliados a ISAPRES han mejorado su posición relativa *vis a vis* el resto de la población.

Otra tendencia observada en este mismo orden de cosas es la fuerte reducción del gasto asociado a la MLE: éste pasa de un 26 por ciento a un 12 por ciento total. Esto tal vez no sea sorprendente, puesto que uno esperaría que quienes preferían la libertad de elección en el sistema estatal, también lo hicieran y aprovecharan en el sistema privado. Igual tendencia se observa con el gasto en el SNSS, que se reduce de un 73 por ciento a un 50,2 por ciento del total.

Si usamos las estimaciones de Oyarzo (1989) y Sánchez (1990) en cuanto a la población que empleaba estas modalidades en 1988, encontramos que el gasto así definido de los afiliados a ISAPRES era de 4,2 veces el de aquellos que empleaban el SNSS y de 5,5 veces el de quienes recurrían

a la libre elección en el sistema estatal, valores que confirman la creciente desigualdad, especialmente en contra de estos últimos.

Cuadro N° 12
Estimación del Gasto en Salud SNSS, Modalidad
Libre Elección (MLE) Estatal e Isapres
(\$ millones c/año)

Año	SNSS		MLE		ISAPRES		Total	
	Monto ¹	%	Mont ²	%	Monto ³	%	Monto ⁴	%
1981	24.828	73,6	8.807	26,1	%	0,3	33.731	100
1982	28.021	72,0	9.609	24,7	1.276	3,3	38.906	100
1983	30.977	68,2	11.238	24,8	3.176	7,0	45.391	100
1984	35.503	62,8	12.124	21,4	8.931	15,8	56.558	100
1985	44.696	60,8	15.056	20,5	13.760	18,7	73.512	100
1986	53.914	55,0	17.494	17,9	26.625	27,2	98.033	100
1987	67.416	52,7	15.621	12,2	44.935	35,1	127.972	100
1988	88.569	50,2	21.307	12,1	66.620	37,8	176.496	100

- 1 Gasto Público en Salud, excluidos gasto extrasectorial, inversión real y financiera, transferencias corrientes, déficit CCAF, curativa.
- 2 Considera co-pago afiliados y bonificación FONASA, sin contemplar pagos extras ni insumos cobrados ni medicamentos. Se estiman los gastos operacionales MLE.
- 3 Costos de Explotación y Gastos Administrativos Ventas, aumentados en 25% para incorporar co-pago de afiliados. No considera pagos extras, ni insumos ni medicamentos no cubiertos.
- 4 No incluye gastos en accidentes del trabajo.

Fuente: Ministerio de Salud, Indicadores Financieros Sector Salud Público, 1974-1988.
 Fonasa, Boletines Isapres.

El Cuadro N° 13 muestra la evolución del gasto público en salud en valores de 1986, a partir del año 1981. En ese año, alcanzaba un 2,9 por ciento del PGB, aumentando fuertemente para 1982, en que alcanzó a un 3,6 por ciento del PGB. Estas tasas son comparables e incluso superiores a las tasas históricas, que fluctuaron en torno al 3 por ciento. A partir de ese año, se observa una fuerte reducción hasta el año 1987, que es consecuencia

de dos fenómenos: uno, la recesión económica experimentada desde los años 1982 hasta 1987. Cabe destacar que el año 1984-1985 el PGB había descendido alrededor de 20 por ciento, por lo que la caída del GPS en términos reales fue inferior a la disminución global de recursos, y se prolongó por un período más largo.¹⁹ En términos reales el año 1988 se produce una fuerte recuperación, la que alcanzó alrededor del 96 por ciento del nivel de 1981.

Cuadro N° 13

Gasto Público en Salud índice y Proporción PGB

¹⁹Cabría argumentar que debido al elevado desempleo del período —que

Año	Gasto Público en Salud (\$ Mill. 1986*)	índice GPS	GPS/ PGB	GPS + Cotiz. ISAPRES/PGB
1981	98.051	100,00	2,93	2,93
1982	104.770	106,85	3,56	3,66
1983	86.048	87,76	2,94	3,14
1984	85.384	87,08	2,88	3,19
1985	81.724	83,35	2,65	3,06
1986	82.225	83,86	2,53	3,14
1987	80.870	82,48	2,33	3,12
1988	94.491	96,37	2,40	3,34

: Se usó el IPC como deflector, ante deficiencias de otros índices.

Fuentes : Ministerio de Salud, "Indicadores Financieros Sector Salud Público, 1974-1988".

FONASA, Boletines de Isapres.

Como en igual período, y luego de la fuerte recesión, el PGB recuperó y superó los niveles precrisis, el GPS y PGB disminuyeron persistentemente hasta 1987 (alcanzaron a un 2,33 por ciento) para recuperarse sólo levemente en 1988. Entonces observaríamos una caída sostenida del gasto público en salud en relación al PGB, aunque no así en términos reales.

alcanzó al 35 por ciento en 1984—, el gobierno podría haber implementado políticas anticíclicas que compensaran la mayor afluencia al sistema estatal de salud.

Aún más, si se suman al GPS las cotizaciones para salud de los afiliados a ISAPRES, observamos que su efecto en 1982 es insignificante. Pero prácticamente durante todo el período los recursos para salud se habían mantenido por sobre las tasas históricas: en 1985, el peor año, la tasa era de 3,06 por ciento, en tanto que en 1988 superaba el 3,3 por ciento.

Entonces, la información disponible indicaría que en términos globales el GPS había recuperado, para fines de la década, sus niveles previos, y como proporción del PGB había experimentado una reducción importante que era más que compensada por los recursos que fluyen hacia las ISAPRES. Nuevamente el problema principal estaría en la desigualdad creciente entre ISAPRES y el sistema estatal.

Lo anterior, en el entendido que el envejecimiento sostenido de la población chilena y el mayor costo de la tecnología médica, que servirían para justificar mayores gastos en salud, es un problema a ser resuelto a través de los mecanismos sociales de decisión. En dicha instancia la población chilena habría de resolver si está dispuesta a prescindir de otros bienes (ya que tendría que pagar más impuesto) a cambio de más y mejor salud.

Nuestro último indicador global es presentado en el Cuadro N° 14: el gasto público en salud per cápita. Dado que los beneficiarios a ISAPRES salen del sistema estatal, pareciera lícito descontarlos al momento de calcular este índice. Bajo esta condición, observamos que luego de disminuir alrededor de un 20 por ciento hasta el año 1985, éste se habría recuperado para el año 1988. Probablemente no se haya alcanzado la recuperación total, ya que de todos modos el sistema estatal mantiene las acciones de fomento y protección para toda la población.²⁰ Pero el GPS per cápita en 1988 estaría, al menos, muy cerca de recuperar los niveles prerreforma del sistema de salud y precrisis económica de los años 82-86. De nuevo nos encontraríamos frente a un problema de índole distributivo más que de recursos globales, bajo igual salvedad que lo señalado en el párrafo anterior.

Podemos resumir las tendencias globales observadas a partir de 1981 como sigue:

- 1) La implantación del sistema ISAPRES ha permitido que crecientes volúmenes de recursos para la salud se vuelquen hacia el sistema

²⁰Si estimamos que éstas emplean el 15% del GPS —cifra exagerada— y la distribuimos en el total de la población, encontramos que el índice alcanzaría a 100 en 1988.

privado. En 1988 las cotizaciones de salud aportadas al sistema privado superaban a aquellas del sistema estatal.

- 2) Una porción creciente del gasto en salud es administrado por el sistema ISAPRES: en 1988 bordeaba un 38 por ciento del total. En promedio, ello significaba que el gasto en salud de un afiliado a ISAPRES era 4,6 veces el de un afiliado al sistema estatal.
- 3) En el período, como contrapartida de lo anterior, se produjo una fuerte reducción de la participación en el gasto por parte del sistema estatal. Esta reducción fue mucho mayor en el caso de la modalidad de libre elección estatal.
- 4) Los usuarios regulares de esta última habrían sido los más perjudicados relativamente respecto del sistema ISAPRES: el gasto per cápita en ISAPRES sería 5,5 veces en su caso, *versus* 4,2 veces para aquellos del SNSS.
- 5) El gasto público en salud experimentó una fuerte caída desde el año 83 en adelante, evidenciándose síntomas de recuperación para 1988. Como proporción del PGB, habría descendido a un mínimo de 2,33 por ciento en 1987, recuperándose levemente para 1988.
- 6) Si se contemplan las cotizaciones a ISAPRES, resulta que los recursos disponibles para salud, luego de un mínimo de 3,06 por ciento del PGB en 1985, alcanzaban a un 3,34 por ciento en 1988. Ello indicaría nuevamente que estamos en presencia de un problema distributivo antes que de uno de volúmenes totales disponibles.
- 7) La tendencia anterior sería confirmada al observar la evolución del gasto en salud per cápita. Luego de experimentar una caída fuerte hasta 1985, a 1988 habría recuperado sus niveles de 1981.

Todo parecería indicar que si se la compara con los parámetros históricos, la situación global es menos comprometida de lo que hemos pensado. Es cierto que durante la crisis económica de los años 82-86 el sector experimentó reducciones casi tan fuertes como las de la sociedad en su conjunto, al tiempo que la presión asistencial sobre el sistema aumentó, producto de la cesantía y mayor pobreza.

Cuadro N° 14
Gasto Público en Salud Per Cápita,
Descontados Beneficiarios Isapres
 (\$ anuales constantes)

Año	GPS p.c. (\$ 1986)*	índice GPS p.c.
1981	10.071	100,00
1982	10.691	106,16
1983	8.698	86,37
1984	8.586	85,25
1985	8.222	81,64
1986	8.439	83,80
1987	8.659	85,98
1988	10.303	102,30

Fuentes: Ministerio de Salud, "Indicadores Financieros Sector Salud Público, 1974-1988". FONASA, Boletines de ISAPRES.

*Considera Población Total relevante INE, menos beneficiarios ISAPRES

En todo caso, se habrían producido efectos redistributivos regresivos de magnitud, lo que sería, al menos, objeto de atención en su estado actual y de seguimiento en su evolución futura.

Los mayores recursos para salud que el envejecimiento de la población y el desarrollo tecnológico parecerían aconsejar, deberán resolverse en los años futuros a través de los mecanismos de decisión de la sociedad.

Para ello el sector salud deberá demostrar que los aumentos de bienestar derivados de gastos en salud son superiores a aquellos alcanzables en los usos alternativos, representados por el resto de las necesidades individuales y sociales de la población.

Conclusiones

Este trabajo ha analizado el proceso de descentralización y privatización llevado adelante en Chile a partir de 1980-81. Abordaremos estas conclusiones refiriéndonos a los dos pilares de la descentralización —descentralización del sistema nacional de salud estatal y proceso de traspaso de los consultorios de atención primaria a las municipalidades— y a la creación del sistema de ISAPRES, que corresponde a la privatización. Hacemos, por último, breve referencia a las tendencias globales observadas.

Descentralización del Sistema Nacional de Salud

- La creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) correspondió a un fraccionamiento del antiguo sistema nacional de salud y su agregación con el SERMENA.
- Se crearon estructuras administrativas con atribuciones para la toma de decisiones locales y habilidad para adaptarse a los cambios. No existe evidencia del aprovechamiento real de estas capacidades, aunque sí indicios de que la experiencia fue dispar, con un número muy reducido de experiencias exitosas.
- Se crearon sistemas de asignación presupuestaria —facturación por atenciones prestadas, FAP y FAPEM para el caso de los consultorios municipalizados— que ligaban la asignación presupuestaria al volumen de actividad. Asimismo, se exploraron y aplicaron sistemas de estímulo a base del cumplimiento de metas.

El sistema fue aplicado sólo parcialmente y asignó el financiamiento conforme al empleo de insumos y no por resultados.

La orientación parece adecuada, pero requería centrar el mecanismo en los resultados y aplicarlo en forma global al total del financiamiento.

Las diferencias en gestión administrativa resultaron de iniciativas individuales más que de un esfuerzo global y coordinado para invertir en capacidad administrativa. En general, correspondería efectuar una evaluación del proceso, con especial énfasis en el desarrollo de la capacidad administrativa.

La Municipalización

- Los aportes municipales directos para salud, que era un objetivo perseguido, se materializaron con relación directa al nivel de ingreso de las municipalidades. Esto resultó, a nivel de comunas, en una disponibilidad de recursos para salud más dispar que la original.
- El Ministerio de Salud no actuó vía FAPEM para atenuar estas disparidades, y existen indicios de que en algunos casos las acentuó.
- El nivel administrativo, en términos de proceso de los consultorios municipalizados, es deficiente.
- Las funciones administrativas más insuficientes son: administración de recursos humanos, organización y control.
- Existen indicios de que el nivel administrativo estaría directamente asociado con el nivel de ingreso municipal; el efecto de la supervisión y control por parte del Servicio de Salud correspondiente sería positivo, y de mayor intensidad en las áreas técnicas; aparentemente, el tiempo de traspaso no mejoraría el nivel administrativo, indicando que no ha habido proceso de aprendizaje.

Las Isapres

Las ISAPRES muestran un desarrollo sostenido, gran estabilidad, pero se estaría alcanzando un *plateau*.

El mercado ha mostrado creciente competitividad, que ha conducido a una reducción de márgenes. La administración de costos y mejora de la eficiencia administrativa serían las preocupaciones futuras.

Se han generado fuertes presiones de costos, tanto por aumentos del consumo, como por el aumento de aranceles. El desarrollo de infraestructura de atención directa sería uno de los cursos de acción del futuro.

- Deficiencias en la determinación de costos y manejo de cartera han generado problemas. Será necesario abordarlos a nivel individual, pero también para beneficio del conjunto y protección del sistema.
- Será necesario mejorar la información disponible para el beneficiario. Debido a que el costo privado de esta información es elevado y los beneficios en bienestar que se derivarían significativos, es un área en que convendría que el Estado interviniera.
- Los contratos de salud presentan serias deficiencias en cuanto a plazos y rechazos de ancianos, enfermos crónicos y riesgos diferenciales superiores. Estas deficiencias deberían corregirse para asegurar la permanencia del sistema en el tiempo y extender su cobertura a sectores más amplios de la población.

Tendencias Globales

- Las reformas han permitido que crecientes recursos para salud se vuelquen hacia el sistema privado.
- Una porción creciente del gasto en salud es administrada por el sistema ISAPRES. A 1988 alcanzaba alrededor del 40 por ciento del total.
- Se ha desarrollado una creciente disparidad en el gasto en salud per cápita a favor de los afiliados de ISAPRES; dentro del sistema estatal, a favor de los usuarios regulares de los establecimientos SNSS.
- El gasto público en salud (GPS) experimentó una fuerte caída como consecuencia de la crisis económica de mediados de los años 80. Su volumen, en términos reales, se habría casi recuperado para 1988.
- Como proporción del GPS, el GPS experimentó una persistente disminución respecto de los promedios históricos de 3 por ciento. A fines de 1988 alcanzaría alrededor de 2,4 por ciento.
Sumando al GPS propiamente tal, las cotizaciones de salud de los afiliados a ISAPRES —para indagar sobre la disponibilidad global de

recursos— el patrón que emerge es de un aumento, que llevaría la suma a un 3,34 por ciento en 1988.

- La evolución del GPS per cápita confirma la tendencia señalada: luego de experimentar una fuerte reducción en 1985, se habría recuperado ya para 1988.
- Los efectos redistributivos regresivos observados serían, al menos, objeto de atención en su situación actual y de seguimiento en su evolución futura.

Bibliografía

- Aguiló J., Yáñez J. (1986): "Cálculo y Análisis del Gasto Público en los Sectores Sociales de Chile 1980-1985". Serie de Investigación Documento de Trabajo 85. Santiago, Chile: Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de Chile.
- Banco Central (1960-1980) Cuentas Nacionales. Santiago-Chile: Banco Central.
- Banco Central (1960-1988) Indicadores Sociales. Santiago, Chile: Banco Central.
- Constitución Política de la República de Chile (1980): Capítulo III. Santiago, Chile: Editorial Publibley Limitada.
- Fonasa (1988) "Memoria Anual 1987" FONASA, Santiago, Chile.
- Giaconi, J. (1982): "Funcionamiento del Sistema de Servicios de Salud", en *Desarrollo Social y Salud en Chile*, 3a. parte, ed. H. Lavado. CPU, Santiago, Chile.
- Giaconi, J. (1985): "Organización o Estructura del Sector Salud en Chile 1974-1989. Análisis Preliminar". Documento de Trabajo 8/85 CPU, Santiago, Chile.
- Jiménez, J. (1989): "El Subsistema de Mutuales de Seguridad". *Revista Administración en Salud* 5 P.I.A.S., Universidad de Chile.
- Juricic (1971): "La Salud en Chile". *Revista Médica de Chile*. 90: pp. 457-467.
- Laval, García Valenzuela (1956): "Síntesis del Desarrollo Histórico de la Salubridad en Chile". *Revista SNS*. Vol. 1 N° 1, octubre 1956, pp. 23-29.
- Loyola V. y Miranda, E. (1990): "Análisis del Nivel Administrativo de Consultorios de Atención Primaria Municipalizados", en *Revista Administración en Salud* 10, Santiago, Chile: P.I.A.S., Universidad de Chile.
- Medina (1982): "Factores que condicionan la eficiencia del Sistema de Salud: Relación entre las Tendencias de los Problemas Sanitarios en Chile, la

- Atención Médica y la Estructura del Sistema". *Desarrollo Social y Salud en Chile*. 3a. parte. Santiago, Chile: CPU.
- Ministerio de Salud (1950-1988): "Anuarios de defunciones y causas de muerte". Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (1950-1988): "Anuarios de Atenciones y Recursos". Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (1988): "Catastro de Recursos Físicos. Ministerio de Salud". Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud (1989): "Indicadores Financieros Sector Salud Pública 1974-1988". Ministerio de Salud. Santiago, Chile.
- Miranda, E. (1988): "Ciclo de Charlas sobre la Administración de Salud en Chile, Parte I y Parte II". *Revista Administración en Salud* 3 y 4. P.I.A.S., Universidad de Chile.
- Miranda, E. (1989): "Desarrollo y Perspectivas del Sistema ISAPRES" *Revista Administración en Salud* 6. P.I.A.S., Universidad de Chile.
- Miranda, E. (1990): "Las ISAPRES y los contratos de Salud", *Revista Administración en Salud* 8. P.I.A.S., Universidad de Chile.
- Miranda, E. (1990b) y Scarpaci, Joseph L. (Virginia Polytechnic Institute and State University) en *International Handbook of Social Security*, F. Pampel y M. Tracy eds. Westport, Ct.: Greenwood Press.
- Odeplan (1971): "Antecedentes sobre el desarrollo en Chile 1960-1970". ODEPLAN, pp. 315 y 391.
- Ops (1988): "Los Servicios de Salud en las Américas. Análisis de Indicadores Básicos". Cuaderno Técnico, 14, OPS.
- Panzer J. (1989): "The Municipalization of Health Services in Chile". Artículo presentado en el Encuentro Anual de Economistas, Santiago, Chile, 1989.
- Pinera, José (1980): "Mensaje al Poder Legislativo para las Reformas Previsionales". Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 1980. Santiago, Chile.
- Oyarzo, C. (1989): "Evolución de la Situación Financiera del Sector Salud en la Década del 80". ILADES, Santiago, Chile.
- Raczynski, D. (1983): "Reformas al Sector Salud: Diálogos y Debates". Colección Estudios CIEPLAN N° 10, Estudio 70. Santiago, Chile: CIEPLAN. Chile.
- Sánchez, H. (1990): "Salud en Chile. Diagnóstico sobre la operación y financiamiento del Sector". *Revista Administración en Salud* 9. Santiago, Chile: P.I.A.S., Universidad de Chile.
- Yáñez, J.: "El Gasto Público en los Sectores Sociales 1970-1980. Determinación y Análisis". Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad de Chile. □