

## ARCHIVO HISTÓRICO



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

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

## MONOGRAFÍAS DE EDUCACION CONTINUA

# EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Dr. JUAN GIACONI GANDOLFO\*

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, es decir, contempla la participación de entidades públicas y privadas. Según los resultados de la encuesta CASEN 1990, la distribución de la población, según el uso de los diferentes subsistemas es la que muestra la Tabla 1.

### SUBSISTEMA PUBLICO

El subsistema público es normado y dirigido por el Ministerio de Salud, y es responsable de desarrollar actividades de fomento y protección de la salud para toda la población y de atender las necesidades de recuperación y rehabilitación de los beneficiarios de la Ley 18.469. Este grupo está compuesto por trabajadores activos, ya sea dependientes o independientes que cotizan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA),

**Tabla 1. Distribución de la población chilena de acuerdo a subsistemas de salud que usa**

Subsistema	(miles de personas)	%
Público	8.809	68,8
Isapres	1.927	15,1
FF.AA.	318	2,5
Particulares	1.550	12,1
Otros	197	1,5
Total país	12.801	100,0

incluyendo sus cargas familiares, y también por personas indigentes o carentes de recursos, no cotizantes.

Todos los cotizantes del sistema público pueden optar por atenderse en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), o bien utilizar el sistema de medicina curativa de libre elección, donde reciben atención de médicos e instituciones privadas que están adscritos al FONASA. Las personas indigentes o carentes de recursos tienen atención gratuita sólo en los establecimientos del SNSS. La atención primaria de salud también es gratuita, e incluye acciones de fomento y protección de la salud, como controles preventivos de salud a la población infantil, vacunaciones, atención de la embarazada y otras acciones preventivas, como la entrega de leche. Este tipo de atenciones se efectúa en los Consultorios de Salud que dependen de las Municipalidades.

El sistema público de salud está compuesto actualmente por las siguientes instituciones:

- El Ministerio de Salud, que cumple funciones normativas, de evaluación y control. De él depende la Superintendencia de Isapres.

- Sistema Nacional de Servicios de Salud, compuesto por 26 organismos y el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio. A estos les corresponde ejecutar las acciones de salud.

- El Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuya función es captar y administrar los recursos financieros provenientes del fisco y de las cotizaciones de los afiliados al sistema público.

- La Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública, que desarrollan funciones de apoyo a los Servicios de Salud.

- Los Establecimientos de Atención Primaria, que si bien forman parte del SNSS, son administrados por los Municipios. Los Consultorios y Postas rurales dependen y son controlados en los aspectos técnicos por los Servicios de Salud a través de sus Direcciones de Atención Primaria. Los recursos financieros para la atención primaria provienen del FONASA y se distribuyen principalmente a través de un sistema de factu-

\* Profesor Adjunto, Departamento de Salud Pública

ración por atención prestada (FAPEM). Estos establecimientos también pueden recibir recursos municipales.

En la Tabla 2 se muestra el número de establecimientos del subsistema en 1988, sin considerar aquellos dedicados a centros geriátricos. La producción global de servicios que otorga este subsistema se resume, para 1992, en 25 millones de consultas médicas y un millón de hospitalizaciones anuales.

### SUBSISTEMA PRIVADO

El subsistema privado cubre más del 24% de la población en 1993, ascendiente a 3.308.504 personas. Está compuesto por 22 Isapres abiertas a la comunidad, que son empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas. Existen también 14 Isapres cerradas para atender cotizantes (y sus cargas) de determinadas empresas, algunas estatales y otras privadas. Las atenciones, por lo general, son proporcionadas por profesionales y establecimientos privados de salud. En total, en 1992 las Isapres administraron fondos ascendientes a US\$ 434 millones.

Al referirse al subsistema privado, hay que mencionar que el seguro obligatorio de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de cargo del empleador, en parte es administrado por instituciones privadas, llamadas Mutuales (Asociación Chilena de Seguridad, Mutual de la Cámara Chilena de la Construcción e Instituto de Seguridad del Trabajo).

En la Tabla 3 se muestra el número de establecimientos del subsistema privado en 1988. La producción global del subsistema privado se puede resumir en 6 millones de consultas médicas y 340 mil hospitalizaciones (1992).

### FINANCIAMIENTO DEL SUBSISTEMA PUBLICO

#### Ingresos del SNSS

Los ingresos del Sistema Nacional de Salud durante 1993 provienen de las fuentes de financiamiento que se muestra en Tabla 4. Al analizar estas cifras con respecto a años anteriores, destaca un aumento en el aporte fiscal y una disminución relativa de la importancia de la cotizaciones previsionales obli-

Tabla 2. Establecimientos del subsistema público por tipo en 1988

Postas rurales	Consultorios generales rurales	Consultorios generales urbanos	Hospitales
1.056	142	231	184

gatorias para salud (7% del sueldo). Lo anterior se debe a un aumento en el número de personas que destinan su cotización obligatoria al sistema ISAPRE, restándolas en consecuencia a FONASA.

#### Gastos del SNSS

En 1993 se estimó un nivel de gasto en el SNSS cercano a 445 mil millones de pesos (US\$ 1.106 millones). Los principales gastos durante este año son los que se muestra en la Tabla 5. Los aspectos más relevantes son el aumento en el ítem de remuneraciones y el incremento en los fondos destinados a inversión real.

El gasto en remuneraciones es el más importante, la dotación de personal del SNSS se incrementó de 58.100 funcionarios en 1990 a 63.368 en 1993, lo que representa un aumento de 5.342 personas. Estas cifras de funcionarios y de gasto en remuneración no incluyen el personal de los establecimientos del nivel primario administrados por Municipalidades, los que son aproximadamente 15.000 funcionarios adicionales. Los guarismos mencionados significan el 50% de la administración pública chilena.

### PERSPECTIVA DEL SISTEMA

El Sistema de Salud en nuestro país ha tenido recientemente diferentes cuestionamientos. Por una parte, los profesionales, y en general los trabajadores de la salud, han manifestado su inquietud a través de diferentes movimientos que han conmocionado a la opinión pública. Por otra parte, las encuestas hechas a los usuarios del sistema han mostrado porcentajes significativos de insatisfacción respecto a diferentes características de las atenciones de salud recibidas.

El sistema de salud deberá adecuarse a las nuevas características demográficas de nuestra población, caracterizada por su envejecimiento y una disminución de los menores de 15 años. Simultáneamente, deberá enfrentar la llamada transición epidemiológica, que se caracteriza por una coexistencia de problemas de salud infectocontagiosos y materno infantiles, con un importante incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

En consideración a lo anterior, se han realizado múltiples análisis en organismos especializados relacionados con el sector salud. Como producto de esos estudios se pueden plantear algunas de las más probables reformas que tendrá el Sistema de Salud en los próximos años.

#### Cambio en la estructura del Sistema

El fortalecimiento y la ampliación de la descentralización aparece como un desafío no completamente resuelto. A este respecto se considera fundamental que la autonomía se haga extensiva a los hospitales, en el interior de los Servicios de Salud. La fórmula específica, ya sea corporaciones autóno-

**Tabla 3. Establecimientos del subsistema privado por tipo 1988**

Centros médicos	396
Policlínicos	308
Laboratorios	350
Clínicas	149
Centros CONIN	20
Hospitales	47

**Tabla 4. Origen de los ingresos del sistema público de salud, 1993**

Fuente de Ingresos	Porcentaje del total de Ingresos
Aporte fiscal	45%
Cotizaciones	34%
Ingresos de operación	8%
Aporte usuario libre elección	6%
Endeudamiento	4%
Otros ingresos	3%
Total	100%

mas, empresas estatales u otra, no está resuelta.

En cuanto al subsistema Isapre, está pendiente el diseño de una fórmula de solución para las personas mayores de 65 años y para enfrentar las enfermedades "catastróficas", tales como la insuficiencia renal crónica, los cánceres y las enfermedades congénitas, cuando se presentan como enfermedades preexistentes a la contratación de un plan de Isapre.

También se considera indispensable aumentar la complementariedad del subsistema público y el privado. Para estos efectos se flexibilizarán la compra y venta de servicios entre ambos subsectores.

Para darle real existencia al nivel secundario de atención, se construirán Centros de Referencia de Salud (CRS), que consistirán en centros ambulatorios de complejidad tecnológica media y que recibirán las derivaciones del nivel primario. Adicionalmente, se construirán Centros Diagnósticos y Terapéuticos (CDT) que serán centros ambulatorios del más alto nivel tecnológico para la provisión de servicios terapéuticos y la realización de diagnósticos complejos.

#### Cambio en el financiamiento

Se pretende sustituir gradualmente el FAPEM para

la entrega de recursos a los Consultorios en Administración Municipal por un sistema per capita, con población adscrita a los consultorios, resguardando las diferencias entre sectores rurales y urbanos. Con respecto a los hospitales, se desea reemplazar el sistema de FAPEM por un sistema de pago asociado a diagnóstico. Esto permitirá que los establecimientos no facturen por acciones prestadas sino, por enfermedades resueltas.

Como un respaldo general, se tendrá en todo el sistema un estudio de costos que refleje con cierta periodicidad al menos los costos de las principales prestaciones del sector salud.

La entrega de recursos contempla establecer compromisos de gestión entre el Ministerio y los Servicios, y entre éstos y los hospitales. Estos compromisos estarán vinculados a incentivos ligados a metas de tipo técnico y administrativo-financieras.

#### Inversiones

Existen varios programas de inversiones con distintas fuentes de financiamiento, que están previstos para finalizar a fines de 1997. Se mencionarán los más relevantes.

- Créditos del gobierno alemán I y II, destinados al financiamiento de equipamiento médico e industrial para hospitales de los Servicios de Salud Sur Oriente, Valparaíso, Concepción, La Araucanía, Maule, Coquimbo, Osorno y Libertador O'Higgins. Ascende a US\$ 49,2 millones. En ejecución.

- Programa Minsal-BID. está destinado a la construcción y remodelación de los hospitales de los Servicios de Salud de

**Tabla 5. Gastos del sistema público de salud, 1993**

Item	Miles de pesos
Remuneraciones	152.834
Bienes y servicios de consumo	107.726
Prestaciones previsionales curativas libre elección	43.699
Prestaciones previsionales incapacidad laboral	14.959
Prestaciones previsionales reposo maternal	17.236
Programa nacional de alimentación complementaria	27.310
Inversión real	42.431
Inversión financiera	2.208
Servicio de deuda pública	1.672
Otros: operaciones años anteriores, compromisos pendientes, saldo final de caja	13.321
TOTAL	423.396

Iquique, San Felipe - Los Andes y Valdivia. El monto es de US\$ 100 millones y está en plena ejecución.

- Programa Minsal-Banco Mundial, incluye dos proyectos: Proyecto TAHRP (Technical Assistance and Hospital Rehabilitation Project), que provee financiamiento a las reparaciones mayores en hospitales tipo 1 y 2 de la Región Metropolitana (17 establecimientos). Ascende a US\$ 45 millones y está en ejecución.

Proyecto HSRP (J Health Sector Reform Project) está destinado a la construcción de 5 Centros de Referencias de Salud, 5 Centros de Diagnóstico y Terapéutica, y de los Hospitales de San Ramón, El Pino, San José y Peñalolén, en la Región Metropolitana. Remodelaciones y equipamiento de hospitales en los Servicios de Salud de Llanquihue, Chiloé y Palena y Antofagasta.

El programa asciende US\$ 298,8 millones y está iniciando su ejecución. Este proyecto incluye fondos para programas de apoyo a la gestión, apoyo al desarrollo institucional y modernización informática.

## REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Giaconi J. El Sector Público de Salud. Cuadernos Médico Sociales, 1992; Vol 33:11-13.
2. Giaconi J. Readecuación del sistema de salud chileno. Administración y Economía U.C., 1991;7:16-19.
3. Situación y atención de la salud en Chile. 1992. Tarjeta de presentación, Serie de Documentos, Ministerio de Salud, República de Chile.
4. Giaconi J. Futuro de los sistemas de salud. Revista Universitaria, 1993; XL:10-12.
5. Giaconi J. Escenario futuro del desempeño del médico en Chile. Boletín del Hospital San Juan de Dios, 1993;40:303-304.
6. Giaconi J. Políticas y organización del sector salud: década de los ochenta. Transición a la democracia y salud, 1992. Editor María Inés Romero, págs.167-204.
7. Racionalización funcional y física de los Servicios de Salud Iquique, San Felipe-Los Andes y Valdivia. 1992. Programa Minsal BID, Ministerio de Salud.
8. Health sector reform project (HSRP), Technical Assistance and Hospital Rehabilitation (TAHRP), 1993. Ministerio de Salud, Ministry of Health-World Bank projects.