

EL SISTEMA DE SALUD CHILENO: ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO Y FINANCIAMIENTO

Tarsicio Castañeda¹

INTRODUCCION

En Chile se han producido cambios estructurales importantes en los últimos 10 años. Los más conocidos son los que afectan a la estructura de la economía, tales como la apertura del intercambio, el énfasis en el mercado libre y la reducción de la función que desempeña el sector público. Tan importantes como estos cambios son, sin embargo, los que se han introducido en los sectores sociales. Se han puesto en marcha políticas que se basan en los subsidios directos y que encauzan los gastos fiscales hacia los grupos más pobres de la población. Al mismo tiempo, en cada sector social se han producido modificaciones considerables de la organización, administración y financiamiento. El propósito de este estudio es hacer una revisión de las reformas efectuadas en el sistema de salud pública.

Hasta 1980, el sistema de salud chileno constaba de dos partes: el Sistema Nacional de Salud (SNS), encargado de proporcionar atención preventiva a toda la población y atención curativa a obreros e indigentes, y el sistema de proveedor preferido (Servicio Médico Nacional, SERMENA), que ofrecía atención

curativa a oficinistas y sus familias. Los obreros, sus familias y los indigentes (aproximadamente 60% de la población chilena en 1980) recibían atención gratuita, que incluía los medicamentos. Los oficinistas y sus familias (alrededor de 25% de la población total) tenían que comprar un vale (bono SERMENA) que les permitía pagar a su proveedor preferido una parte sustancial del costo de la atención necesaria.

El SNS, sumamente centralizado, establecía las políticas de salud y las normas y mecanismos para organizar y financiar el suministro de servicios, tanto preventivos como curativos. Era el mayor proveedor de atención de salud en el país; operaba una amplia red de puestos de salud, centros médicos, clínicas y hospitales (con más de 80% del total de camas de hospital), y empleaba a más de 60 000 médicos, paramédicos y personal administrativo.

En 1975 ya se percibió la necesidad de hacer reformas profundas. La centralización extrema originaba graves problemas asociados con la prestación de

ción del sistema era sumamente ineficiente, y la cobertura de la atención primaria era insuficiente, puesto que el SNS parecía dar preferencia a la compleja atención especializada (1).

Las reformas de las políticas se iniciaron en aquella fecha, mientras que las reformas de la organización, administración y financiamiento se efectuaron apenas en 1979. Las nuevas políticas insistían en la atención primaria y preventiva, en particular en la vacunación, la atención prenatal, los partos atendidos por un médico y la atención de lactantes sanos. Al mismo tiempo, aumentó la cantidad de alimentos enriquecidos distribuidos entre las mujeres embarazadas, las madres lactantes y los menores de seis años. Las modificaciones de la organización y el financiamiento fueron las siguientes: a) se dividió el SNS en 27 servicios de salud regionales autónomos, cada uno bajo la responsabilidad de un director nombrado por el Presidente de la nación; b) se asignó al Ministerio de Salud la función de establecer normas y políticas de salud (antes en manos del SNS); c) el Fondo Nacional de Salud sería responsable de recaudar el impuesto sobre los salarios destinado a la salud, financiar cada uno de los servicios regionales y administrar el sistema de proveedor preferido (ex-SERMENA), y d) en 1981 se permitió que ingresaran en el sistema instituciones privadas que ofrecían seguros o planes de salud, para recaudar el impuesto sobre salarios y negociar seguros privados con trabajadores afiliados al sistema de salud pública.

Aunque puede ser prematuro evaluar el efecto de estos cambios sobre el

lización de recursos y el costo para los usuarios, existen algunos indicios de que los resultados han sido buenos: tanto la mortalidad neonatal como la de lactantes han disminuido mucho (en especial a partir de 1976), y también ha descendido notablemente desde 1975 la prevalencia de la malnutrición. Además, se ha reducido el promedio de permanencia en hospitales y se han redistribuido las camas para atender los trastornos más frecuentes.

Un problema que enfrenta en la actualidad el sistema de salud pública es la forma en que se financian los servicios regionales. Este problema surge porque la gente pobre no paga por la atención y no tiene incentivos para restringir su demanda ni para buscar los proveedores más eficaces en función del costo (2). El mecanismo utilizado en Chile es una mezcla de reembolso de costos y pagos previstos basados en una lista de más de 2 000 tratamientos relacionados con el diagnóstico. Puesto que los precios de reembolso utilizados para los hospitales públicos son los mismos que los usados para reembolsar a los proveedores privados, el sistema de precios puede incrementar la eficiencia en el sector público en el futuro cercano.

En las secciones siguientes se examinan estos aspectos en detalle, a saber: algunos indicadores sociales y económicos de Chile; breve historia del sistema de salud chileno y de las políticas que se han aplicado; organización, funcionamiento, financiamiento y algunas medidas relacionadas con la eficiencia del sistema de salud pública, el sistema de proveedor preferido y las compañías privadas de seguros de salud, o instituciones de salud previsual (ISAPRES), que empezaron a operar en 1981 como parte de la reforma, y la nueva Ley de Salud.

INDICADORES ECONOMICOS Y SOCIALES DE CHILE

En 1982 Chile tenía un ingreso per cápita de \$US 2 210. El ingreso fue aun mayor en 1981, año en el que llegó a su fin un crecimiento rápido que se inició en 1976 (3). En 1982, la agricultura representó 8,5% del producto interno bruto (PIB); la minería, 9%; la industria y la manufactura, 19,3%, y los servicios, 33%. Estos porcentajes muestran una disminución de la participación de la industria y la manufactura (que era de 24,7% en 1970) y un aumento en la de los servicios (que equivalía a 25,1% en 1970) (4).

Según el último censo, en 1982 más de 82% de la población vivía en zonas urbanas, o sea, que entre 1960 y 1982 hubo un incremento en la población urbana de 19%. El 92% de esta población contaba con agua potable y el 70%, con alcantarillado. El abastecimiento de estos servicios aumentaron especialmente después de 1975 (5). En cuanto a la electricidad, no existen estadísticas recientes, pero la cobertura podría acercarse a 100%, puesto que en 1970 era ya de 77,1%.

La proporción de analfabetos mayores de 15 años, que ya era relativamente baja en 1960 (16,4%), entre 1960 y 1980 disminuyó 65% (6). Al mismo tiempo, el porcentaje de gente joven (entre 14 y 19 años) que había completado al menos ocho años de educación aumentó de 42,8 en 1960 a 83,7% en 1980; por último, la proporción de personas entre 17 y 22 años con cuatro años de educación secundaria aumentó de 8,5

en 1960 a 34,2% en 1980. Estas cifras corresponden al Gran Santiago. Las cifras de todo el país son seguramente más bajas, pero no hay estadísticas al respecto (7).

La tasa de nacimientos se desplomó en un 41% (37,8 por 1 000 en 1960 a 22,2 en 1980). Las tasas de mortalidad neonatal y de lactantes también disminuyeron considerablemente desde 1960 y, en particular, desde 1976. En 1983, Chile era uno de los países con tasas más bajas de mortalidad de lactantes en América Latina (21 por 1 000 nacidos vivos). La esperanza de vida al nacer era aproximadamente de 70 años. El descenso de la mortalidad de lactantes fue mayor (a partir de 1979) en aquellas regiones donde eran más altas, lo que produjo una reducción notable de las diferencias regionales.

Los siete grupos principales de causas de muerte indican que entre 1965 y 1982 Chile se aproximó a la estructura de mortalidad de los países desarrollados (8). En 1982 hubo una proporción elevada de defunciones por enfermedades del sistema circulatorio (27,6%), tumores malignos (16,8%) y accidentes y homicidios (12,2%); proporciones bajas por enfermedades respiratorias (8,5%), perinatales (13,6%) y del aparato digestivo (8,6%). Una gran proporción de las defunciones por enfermedades del aparato digestivo (cerca del 50%) fueron causadas por cirrosis hepática, que se asocia en gran medida con el consumo excesivo crónico de bebidas alcohólicas (8, 9).

A partir de 1975 existe información sobre la situación nutricional de niños menores de seis años. Aun cuando las cifras de aquella fecha en adelante no son estrictamente comparables en el tiempo (a causa del evidente incremento de la cobertura), muestran que se ha reducido significativamente la malnutrición en la población: de 15,5% de los niños examinados en 1975 a 8,3% de

los niños examinados en 1982. Entre estas dos fechas se redujeron los casos de malnutrición leve de 12,1 a 7,8%; moderada, de 2,7 a 0,9%, y grave, de 0,7 a 0,1% (10).

Estas modificaciones en los indicadores sociales se produjeron en un contexto de dificultades económicas (5, 11). Hubo marcados descensos del PIB per cápita entre 1972 y 1975 y en 1982 y 1983, disminuciones de los salarios entre 1972 y 1974 y en 1982 y 1983, aumento del desempleo a partir de 1975, y empeoramiento de la distribución del ingreso del trabajo, en particular en 1975 y 1976 y en 1982 y 1983.

El gasto del gobierno en los sectores sociales disminuyó de manera notable en 1975 y se incrementó moderadamente a partir de 1977. En 1982, el gasto fue un 61% superior al de 1974, pero el incremento mayor correspondió al seguro social, como resultado de las reformas efectuadas en el sistema en 1979 (7).

El gasto del gobierno en salud fue más bajo en 1982 que en 1974, pero un 14,3% más alto que en 1970 (cuadro 1). Ese gasto representó el 46% del gasto

total en salud del sector público en 1982, y el 3,5% del PIB, el mayor porcentaje desde 1970. Este gasto ha sido sumamente anticíclico: el gasto privado en salud (medido según el valor agregado del sector salud privado en las Cuentas Nacionales) creció con rapidez de 1976 a 1981 y disminuyó considerablemente en 1982 y 1983. Según el comportamiento del PIB (5), el total del gasto privado y público en salud constituyó entre el 5 y el 6% del PIB en 1978. (Los cálculos se basan en el gasto privado informado en la encuesta de gastos realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas entre 1977 y 1978 en la zona del Gran Santiago.)

CUADRO 1. Evolución del gasto público y fiscal real en salud (en millones de pesos chilenos de 1978)*

Años	Gasto público en salud	Índice (1970 = 100)	Gasto fiscal en salud	Índice (1970 = 100)	Gasto público PIB	Gasto fiscal PIB
1970	13 726,0	100,0	6 728,6	100,0	2,89	1,41
1974	16 250,1	118,4	9 969,6	148,2	2,95	1,99
1975	14 574,1	106,2	7 584,5	112,7	3,64	1,89
1976	14 427,2	105,1	6 839,5	101,6	3,65	1,73
1977	13 381,8	97,5	6 823,7	101,4	2,96	1,51
1978	14 449,8	105,3	6 713,0	99,8	2,96	1,38
1979	17 077,3	124,4	6 860,7	102,0	3,29	1,32
1980	17 043,8	124,2	8 472,0	125,9	3,07	1,53
1981	17 354,4	126,4	8 294,3	123,3	3,06	1,46
1982	16 856,5	122,8	7 691,9	114,3	3,50	1,59
1983	14 868,2	108,3	3,22	1,44

Fuente: Referencia 7

* El índice de deflación para la salud pública fue de 70% y para la salud privada, de 30%.

BREVE HISTORIA Y POLITICAS DEL SISTEMA DE SALUD

En Chile, la prestación y el financiamiento de salud han estado fundamentalmente en manos del Estado. La infraestructura estatal posee más de 75% de todas las camas de hospital y emplea (a tiempo parcial o completo) a más de 70% de los profesionales de salud del país. Esta concentración es el resultado de la larga tradición chilena de considerar la salud como un derecho humano básico que el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos (1, 12).

La historia del sistema se remonta a principios del decenio de 1950, con la creación del Servicio Nacional de Salud. (Antes, en 1924-1925, se crearon el Servicio del Seguro Social (SSS), la Caja de Empleados Particulares (EMPART) y la Caja de Empleados Públicos y Periodistas (CANAEMPU).) Su meta era proporcionar atención preventiva a toda la población y servicios curativos a los trabajadores e indigentes. Estos recibían atención gratuita, financiada por un impuesto sobre los sueldos y por contribuciones de empleados y del gobierno. En 1968, se creó el Servicio Médico Nacional (SERMENA) para los empleados, hasta entonces incluidos en varias instituciones llamadas cajas. Dentro de este servicio, los empleados pagaban una parte del costo de la atención médica directamente (comprando un bono SERMENA) y la otra parte a través del impuesto sobre el salario. Con este sistema de aseguramiento, los empleados tenían libertad para elegir la atención de una lista de médicos y establecimientos registrados.

En 1979, estos sistemas de salud diferenciados (SNS para obreros y SERMENA para empleados) cubrían junto con los servicios de salud de las fuerzas armadas casi 90% de la población chilena. El resto, constituido en su mayor parte por trabajadores independientes y profesionales de altos ingresos y sus familias, era atendido por el sector privado.

El SNS proporcionaba sus servicios a casi 60% de la población, incluidos los obreros. El SERMENA los ofrecía a aproximadamente 25% de la población, incluidos los empleados y sus familias, en establecimientos privados y en los del SNS con los que había establecido acuerdos de trabajo. Las fuerzas armadas tenían sus propios hospitales y clínicas y se atendía a los pacientes particulares en establecimientos tanto privados como del SNS.

La organización de este sistema combinado no sufrió modificaciones importantes hasta 1979. Antes, entre 1970 y 1973, se incrementó la participación del Estado en el financiamiento del sistema, con el objeto de llegar a un sistema socializado único; hay que destacar que el gasto público aumentó abruptamente en esos años.

A partir de 1975 hubo reformas tendientes a normalizar y racionalizar la prestación de servicios y a concentrar algunos programas del Ministerio de Salud en grupos demográficos específicos. A continuación se nombran algunas de estas modificaciones: 1) En 1975 se reformó el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), administrado por el Ministerio de Salud. De 1971 a 1974, todos los niños menores de 14 años habían recibido leche gratuita y, a partir de 1975, se excluyó a los mayores de seis años, ya que se convirtieron en beneficiarios de los programas de alimentación escolar; se mejoró también el contenido nutricional de los alimentos gratuitos (13, 14). 2) En 1976 se creó el

programa para niños desnutridos (OFASA) con el fin de proporcionar, bajo el control del SNS, alimentos adicionales y educación nutricional a las familias con niños desnutridos menores de seis años. Durante seis meses estos niños recibieron leche o sucedáneos lácteos que incrementaron en 50 a 100% el valor nutricional de los alimentos distribuidos por el (PNAC). 3) En 1975 se creó (primero como experimento) el programa de recuperación nutricional (CONIN) con el objeto de eliminar la malnutrición grave. Se mantenía a los niños desnutridos en centros del CONIN (que contaban con aproximadamente 1 200 camas en 1982) hasta su total recuperación. 4) Después de 1975 se puso gran énfasis en el tratamiento de enfermedades poco complicadas que afectaban a gran parte de la población; para este propósito, se creó una amplia red de centros médicos de baja tecnología. Como parte de esta nueva orientación, también se intensificaron medidas preventivas tales como la atención prenatal, los partos asistidos por un médico, atención para el recién nacido, las madres que amamantaban y los lactantes.

Las reformas introducidas en 1979 pusieron en práctica las políticas propuestas por el Ministerio de Salud en 1977, que se basaban en las consideraciones de que en el sistema existente: a) había una concentración excesiva de la prestación de servicios y casi todos eran ofrecidos por el Estado; b) el usuario no tenía libertad de elegir ni la clínica ni el médico (los obreros solo tenían acceso al SNS y los empleados, al SERMENA); c) se hacía demasiado hincapié en la medicina curativa compleja y se prestaba poca atención a la medicina preventiva simple; d) había enormes problemas en la distribución de servicios (colas, favoritismo), causados en parte por los médicos que atendían a sus pacientes privados en los hospitales públicos, y e) existían pro-

gramas gratuitos de cobertura universal que no tenían en cuenta que algunos usuarios podían pagar por esos servicios.

Las nuevas políticas proponían descentralizar la prestación de los servicios médicos y alentar al sector privado a colaborar en esta prestación; garantizar la libertad de elección de los usuarios; intensificar las medidas preventivas y ampliar su cobertura; controlar y regular la práctica privada en hospitales y, aplicando el principio de "estado subsidiario" (que era parte de la política general establecida en la Constitución de 1980), subsidiar la atención médica solo de aquellos que no pudieran costearla. Los demás tendrían que pagar directamente, en forma proporcional a sus ingresos personales.

Las reformas se iniciaron con el Decreto 2575 de mayo de 1979, que ampliaba la ley que creaba el SERMENA para todos los obreros beneficiarios del SNS. De acuerdo con este decreto, los obreros podían, si lo deseaban, escoger la institución y el médico que los atendería mediante el pago parcial de un vale que cubría el costo total de la atención. El Decreto 2763 de agosto de 1979 reorganizó el Ministerio de Salud creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Este estaba constituido por el Ministerio de Salud —que tendría una función de control a través de sus secretarías ministeriales regionales—; por 27 servicios regionales autónomos de salud; por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que asignaría el presupuesto y administraría el sistema de proveedor preferido del SERMENA, y por el Centro de Suministros y el Instituto de Salud Pública de Chile.

En 1981 se crearon las instituciones de salud previsual (ISAPRES),

junto con las instituciones privadas para la administración de los fondos de pensión (AFP). Las ISAPRES estaban facultadas para recaudar el impuesto obligatorio del 6% del ingreso para aquellas personas que, habiendo pasado del antiguo sistema de seguridad social al nuevo, querían separarse también del SNSS.

Se esperaba que las nuevas instituciones incrementaran la eficiencia en la utilización de los recursos, redujeran el uso de los hospitales públicos por pacientes que podían pagar atención privada y crearan una demanda que fomentaría la inversión privada en la infraestructura de salud.

Con estos cambios el sistema de salud chileno se compone actualmente de tres partes: 1) el SNSS, formado por los 27 servicios de salud regionales encargados de proporcionar gratuitamente atención preventiva para toda la población y atención curativa a obreros e indigentes; 2) el FONASA, encargado de reembolsar los gastos del SNSS y de administrar el sistema de proveedor preferido (ex-SERMENA), y 3) las ISAPRES, compañías que venden seguros de salud que incluyen planes de grupo cerrado, planes de proveedor preferido y planes mixtos.

EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

El SNSS está constituido por 27 servicios regionales autónomos. Los directores de estos servicios son profesionales especializados en la administración de servicios de salud. Tienen la responsabilidad de administrar los recursos del servicio (infraestructura y personal) y la prestación de atención tanto preventiva como curativa a sus beneficiarios. Cada servicio regional (excepto el Servicio Metropolitano para el Control Am-

biental) tiene una infraestructura que permite proporcionar atención primaria en puestos y centros médicos de baja tecnología, atención secundaria en clínicas y hospitales de tecnología media y atención terciaria en hospitales y clínicas de alta tecnología. Se trata de asegurar que todos los pacientes ingresen al sistema a través de los centros de atención primaria.

Cada servicio regional aplica medidas preventivas de salud (vacunación y control de calidad de alimentos y medicamentos, entre otras) para toda la población, al mismo tiempo que fomenta y mantiene la salud. Estas últimas medidas incluyen la distribución de productos lácteos y otros alimentos enriquecidos a grupos abarcados por el PNAC, y la administración de los servicios de enfermeras, parteras y médicos para la atención prenatal, partos y la atención de lactantes sanos. También tiene que proporcionar servicios curativos o de rehabilitación a sus beneficiarios legales: obreros e indigentes. En 1984 los obreros (en actividad y retirados) y sus familias eran aproximadamente seis millones de personas y había unos 800 000 indigentes (15). Estos dos grupos constituían el 57% de la población (16). Todos los servicios (incluidos los medicamentos) son gratuitos para los beneficiarios.

El director de cada servicio puede autorizar a los médicos a atender a pacientes particulares en hospitales públicos, únicamente en regiones donde la infraestructura privada no es suficiente. Los pacientes particulares deben pagar por camas de hospital (pensionados); los precios se han elevado para aproximarse a los del sector privado. Al mismo tiempo, todos los servicios que re-

quieran la utilización de la infraestructura pública, tales como exámenes de laboratorio, rayos X, bienes y servicios para procedimientos quirúrgicos, tienen que ser pagados directamente al hospital por el paciente. Los médicos están obligados a atender a sus pacientes privados solo fuera de sus horas de servicio en los hospitales. Si se requiere atención en las horas normales, tienen que compensar el tiempo empleado durante el mes siguiente.

El sistema tenía en 1984 una red de 179 hospitales, 207 clínicas urbanas, 106 clínicas rurales y 971 puestos de salud rurales. El número total de camas disponibles del SNSS era de 32 944, casi 80% del total de camas de hospital. En 1981, para proseguir con la descentralización, se transfirieron 542 clínicas y puestos de salud a las municipalidades. Estas recibieron la infraestructura física según un acuerdo legal llamado "comodato" y tenían libertad para contratar al personal que necesitaban.

Financiamiento del SNSS

El FONASA no lleva cuentas separadas para el SNSS y el sistema de proveedor preferido, pero se puede estimar que, en 1984, el gobierno contribuyó con casi 60% del costo total del SNSS y del PNAC (cuadro 2). El gasto restante (40%) se cubrió con las contribuciones de los trabajadores y una transferencia implícita del sistema de proveedor preferido mediante la cual los empleados subsidian parcialmente la atención de salud de los obreros.

De 1980 a 1984, el FONASA financió el SNSS usando dos procedimientos. Los gastos de personal se pagaron de acuerdo con la nómina, mien-

tras que los bienes y servicios se pagaron según un plan de reembolso parcial de facturación por atención prestada (FAP). Los gastos de personal representaron casi 50% de los gastos del SNSS en 1984, y los bienes y servicios sumaron otro 30% (cuadro 3). En marzo de 1985, el FONASA introdujo el plan FAP integral para reembolsar a cada servicio regional el costo total de cada atención que presta. Se basa en una lista de precios de más de 2 000 servicios médicos que cubren una amplia gama de los que se ofrecen normalmente en Chile. Los precios son los mismos para todos los servicios regionales.

El mecanismo de la FAP, que se inició como un experimento en 1978, se basaba en una sola lista de precios de servicios prestados por los establecimientos del SNSS; los precios estaban relacionados con el costo de los bienes y servicios de cada tipo de atención, pero en algunos casos también tenían el propósito de fomentar medidas de salud que las autoridades querían incrementar, y permitían que los servicios regionales obtuvieran ciertas ganancias.

Se esperaba que la FAP mejorara la eficiencia en la asignación de recursos dentro de los servicios regionales y entre ellos, que promoviera la expansión (en particular en las zonas rurales) de los servicios preventivos y curativos básicos, y que mejorara la calidad de la atención. La proporción de los gastos por bienes y servicios reembolsados con el mecanismo de la FAP aumentó rápidamente de 17,4 en 1978 a 54% en 1984. El FONASA también utilizó una FAP modificada, la facturación por atención prestada en municipalidades (FAPEM), para reembolsar los gastos totales efectuados por estas.

En las tres modalidades de FAP los precios se expresan en unidades arancelarias que se convierten a pesos corrientes mediante un multiplicador común. Los precios se basan en costos reales (de

CUADRO 2. Ingresos y egresos (en millones de pesos chilenos de 1986) del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en 1983 y 1984

	1983	1984
Ingresos	27 319,1	32 505,0
Contribución fiscal	20 033,2	22 742,4
Contribución de los trabajadores ^a	4 021,9	5 781,5
Ingreso del SNSS por pago de servicios	2 244,7	2 355,3
Otros ingresos ^b	1 019,3	1 622,8
Egresos	31 872,7	38 350,5
SNSS	28 472,7	34 041,5
Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	3 400,0	4 309,0
Balance ^c	-4 553,6	-5 845,5
Balance del sistema de proveedor preferido (SPP) ^d	+3 740,7	+5 346,5

Fuente: Las cifras que no llevan notas de pie de página se tomaron de la referencia 17.

^a Cálculos del autor basados en los balances del Fondo Nacional de Salud (partidas incluidas: 62: 001, 002, 003, 011).

^b Calculados como la diferencia entre el ingreso total del SNSS tomado de la fuente de este cuadro y las partidas restantes consideradas en este cuadro. Otros ingresos corresponden a transferencias, ventas de capital y balances positivos del año anterior.

^c Según el Instituto Nacional de Estadística, el índice de precios al consumidor en junio de 1983 fue de 255,3, mientras que en junio de 1984 fue de 316,2.

^d No se han deducido de este balance los gastos administrativos del sistema de proveedor preferido (SPP) y los demás gastos del Fondo Nacional de Salud (FONASA). En 1984, estos gastos se aproximaron a 450 millones de pesos chilenos (según cifras inéditas del FONASA).

CUADRO 3. Distribución porcentual de los gastos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en 1983 y 1984^a

Concepto	1983	1984
Personal	48,6	48,0
Bienes y servicios	30,4	30,0
Inversión ^b	1,0	2,0
Otros gastos ^c	9,3	8,8
Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)	10,7	11,2

Fuente: Cálculos del autor basados en las cifras publicadas por la Contraloría General de la República (15). Estas cifras se basan en los balances del SNSS.

^a Sumando los gastos del SNSS y los del PNAC, en 1983 se alcanzaron 31 872,7 millones de pesos chilenos y en 1984, 38 350,5 millones (en pesos de 1985).

^b Las cifras subestiman la inversión total, ya que no se incluyen las inversiones realizadas con fondos provenientes del Fondo de Desarrollo Regional y del Fondo Social.

^c Otros gastos incluyen gastos de previsión (prestaciones previsionales), transferencias a instituciones que controlan el abuso del alcohol, cuidan a los ancianos y otras, y gastos del año anterior.

un hospital público y dos privados) y en las opiniones de especialistas que examinan el precio propuesto de cada atención médica.

Con la FAP integral cada servicio regional factura al FONASA toda la atención que presta cada mes. Del total facturado, esta institución deduce la cantidad que paga al personal del servicio regional y una cantidad destinada a cubrir los costos de capital. El resto se reembolsa al servicio regional, que utiliza este dinero para comprar bienes y servicios. De esta manera, el sistema de la FAP integral cede la responsabilidad de los gastos totales al servicio regional. No obstante, en la práctica cada servicio tiene un determinado personal (que el director no puede alterar, excepto para cambios marginales), de tal modo que la responsabilidad real es por algunos costos de capital (inversión) y por el total de bienes y servicios adquiridos.

Los precios de la FAP integral son los mismos que usa el FONASA para reembolsar al sistema de proveedor preferido. Puesto que este depende del sector privado para la prestación de servicios curativos, los precios sirven para mejorar la información sobre los costos y la eficiencia del sistema público. Ambos tipos de proveedores, público y privado, tienen un incentivo para reducir sus costos por debajo de los pagos de la FAP integral.

Este sistema, similar al sistema de pagos previstos para el reembolso de la atención médica hospitalaria en los Estados Unidos de América, también puede presentar algunos problemas: a) Los precios pueden no guardar relación con los que permitirían a los hospitales producir la combinación de servicios que los usuarios desean comprar con una calidad y costos determinados; se reducirían la cantidad y calidad de la atención de precio bajo (con respecto al costo); la atención de precio más alto (con respecto al costo) aumentaría y la competencia en cuanto a calidad causaría un incremento en los costos; b) puesto que los servicios regionales no pueden alterar sus costos de personal, las presiones financieras se traducirían en una reducción de los bienes y servicios (y en una disminución de la calidad); c) podrían introducirse presiones para elevar los costos a largo plazo; los hospitales tienen un incentivo para mantener ocupadas sus camas y para hacer diagnósticos y tratar pacientes con los procedimientos que tienen reembolsos más altos, y d) los precios de la FAP integral pueden estar sujetos a presiones políticas de los proveedores eficientemente administrados o de grupos que buscan un tratamiento especial.

A pesar de estos problemas, la FAP integral representa una evidente mejora en comparación con el reembolso del costo de los proveedores. La cuestión

del reembolso es en realidad un problema muy difícil, ya que los usuarios no pagan por los servicios y, por lo tanto, no tienen ningún incentivo para buscar a los proveedores más eficientes.

Eficiencia del sistema de salud pública

Resulta muy difícil evaluar la eficiencia del sistema de salud pública en Chile. Se han producido muchos cambios recientemente, que aún no han tenido tiempo para producir los resultados esperados. Sin embargo, existen indicios de que la eficiencia ha mejorado en los últimos 10 años: ha aumentado la ocupación de camas hasta alcanzar el 76% en 1983, porcentaje que es incluso más alto que el del sector privado (un aumento de la ocupación de camas no es por sí solo un indicador de una mejor eficiencia de todo el sistema; no obstante, se supone que en Chile hay una demanda "insatisfecha", de modo que se requiere una mejor utilización de la capacidad en cuanto a camas); ha disminuido la internación media de 11,6 días en 1970 a 8,8 en 1982; se ha ampliado de modo considerable la atención preventiva de salud; la proporción de partos atendidos por un profesional aumentó de 81,1 en 1970 a 94,2% en 1983; las consultas maternas al médico aumentaron en 104% entre 1970 y 1982; la atención de lactantes sanos y la atención preventiva al adolescente aumentaron en 19% entre 1978 y 1983, y la cantidad de leche y alimentos enriquecidos distribuida por el PNAC aumentó en 139% de 1970 a 1982 (18).

El énfasis en la cobertura con medidas preventivas de salud, en particular en zonas rurales, ha provocado una

reducción relativa de la cantidad de recursos dedicados a las medidas curativas. Han aumentado las camas de hospital para la atención materno-infantil, mientras que las de medicina interna y cirugía han disminuido o aumentado solo modestamente de 1970 a 1982. Al mismo tiempo, se han orientado las inversiones hacia centros médicos de baja tecnología esparcidos por todo el país y hacia la remodelación de la infraestructura antigua, en lugar de ampliar la capacidad hospitalaria.

Aunque no hay estadísticas sobre morbilidad, parece que la incidencia total no ha aumentado en los últimos años. Las enfermedades de notificación obligatoria (como el tífus y la hepatitis) han aumentado (13). Estas enfermedades se relacionan con la calidad del agua, la manipulación inadecuada de los alimentos y los malos hábitos de alimentación, entre otros factores. Las causas principales de muerte y morbilidad en Chile son similares a las de los países desarrollados: enfermedades cardiovasculares, hipertensión, cáncer, y accidentes y homicidios.

CUADRO 4. Médicos inscritos en el sistema de proveedor preferido (SPP), por nivel, de 1983 a 1985*

Fecha	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
Abril de 1983	4 077	49,0	2 819	34,0	1 417	17,0	8 313
Diciembre de 1984	2 738	30,8	4 116	46,3	2 035	22,9	8 889
Julio de 1985	2 704	28,9	4 368	46,6	2 297	24,5	9 369

Fuente: Cifras inéditas del Fondo Nacional de Salud.

* En 1984 había un total de 685 instituciones de salud privadas inscritas en el SPP. De ellas, 289 correspondían al nivel 1; 314 al nivel 2, y 82 al nivel 3.

EL SISTEMA DE PROVEEDOR PREFERIDO

El sistema de proveedor preferido (SPP) fue organizado en 1968 para proporcionar beneficios a empleados públicos y privados (y sus dependientes). En 1979 se permitió que lo utilizaran los obreros (Decreto 2575 de 1979) y, en 1980, también los trabajadores independientes (Ley 3500, que reformó el sistema del seguro social).

El SPP está administrado por el FONASA, que recauda la contribución del 6% sobre los salarios gravables; determina los precios de cada servicio de salud y la cantidad que debe pagar el usuario y registra a los prestadores. En 1984, los empleados (activos y jubilados) y sus familias eran aproximadamente 2,8 millones de personas, el 24% de la población total. En diciembre de 1984, los médicos registrados sumaban 8 889 (aproximadamente el 80% de todos los médicos en activo); las instituciones de salud privadas inscritas eran en total 685 (cuadro 4). Otros profesionales, tales como parteras, expertos en tecnología médica, farmacéuticos y fisioterapeutas, también estaban registrados.

Para recibir atención, los usuarios tienen que comprar primero un vale del FONASA por medio del cual se paga una parte del servicio. El usuario

le paga al proveedor con esta orden médica. El proveedor recibe el reembolso del precio total del vale en las oficinas del FONASA, en oficinas bancarias y en las oficinas de asistencia social de algunas municipalidades y empresas que hayan establecido acuerdos de trabajo con esta institución. Los proveedores registrados tienen que respetar los precios del SPP y se imponen multas por incumplimiento.

Financiamiento del SPP

Como ya se indicó, el FONASA financia el SPP con el impuesto del 6% sobre el ingreso que pagan los empleados (y también los trabajadores independientes). Con este dinero, el FONASA paga parte del costo del servicio y el resto lo paga el usuario cada vez que utiliza un servicio de salud.

El FONASA no separa la situación financiera del SPP de la del SNSS. No obstante, es posible inferir de los balances anuales del FONASA que las contribuciones de los trabajadores y los pagos de los usuarios cubren más del costo total de la atención proporcionada en el SPP (cuadro 5). Cabe destacar que la diferencia positiva neta entre los ingresos y los egresos se transfiere implícitamente al SNSS para ayudar a financiar la atención

primaria, las medidas preventivas de salud y para pagar al FONASA la administración del sistema.

El sistema de precios

El FONASA dispone de una lista de más de 2 000 tipos de atención médica y una gran lista de exámenes de laboratorio, rayos X y otros procedimientos. Desde 1983, existen tres niveles de precios. El nivel 1 es el precio base, aplicable al reembolso del SNSS. El nivel 2 es el precio base con un 30% de aumento, y el nivel 3 es el precio base con un aumento de 60%, aplicado solo en el SPP. Para las consultas con un médico, el nivel 2 es el precio base con un aumento de 50%, mientras que el nivel 3 es el precio base con un aumento de 100%. Este sistema permite establecer diferencias de precios según el médico.

Los proveedores tienen que elegir qué nivel de precios van a cobrar y tienen que permanecer en ese nivel por lo menos seis meses antes de que se les permita cambiar a otro. Los pacientes eli-

CUADRO 5. Ingresos y egresos en atención curativa del sistema de proveedor preferido (SPP), 1983 y 1984 (en millones de pesos chilenos de 1986)

	1983	1984
Ingresos		
Contribuciones de los empleados ^a	8 635,3	10 562,4
Pagos de los usuarios por coaseguramiento	5 892,0	6 780,9
Total	14 527,3	17 343,3
Egresos ^b	10 786,6	11 996,8
Diferencia positiva neta	3 740,7	5 346,5

Fuente: Cálculos del autor basados en los balances de 1983 y 1984 del Fondo Nacional de Salud.

^a Se excluyó la partida menor "otros" así como las contribuciones por accidentes relacionados con el trabajo.

^b Se excluyeron la partida de pensiones y el déficit de las cajas de compensación.

gen a su proveedor preferido de la lista de proveedores registrados según sus preferencias e ingresos y el nivel de precios. El cliente compra un vale por 50% del precio del nivel 1; tiene que pagar el 61,5% del costo si escoge a un proveedor que cobra precios del nivel 2, y el 68,7% si cobra precios del nivel 3. Para consultas médicas los porcentajes son de 50% para el nivel 1, 66,7% para el nivel 2 y 75% para el nivel 3. La mayor contribución relativa del FONASA es para los pacientes que eligen al proveedor menos caro y la menor, para los que eligen al más caro.

Aun cuando los precios no son importantes en términos de los salarios chilenos (una consulta médica en el nivel 1 cuesta el 8,6% del salario mínimo mensual), una ventaja importante que tienen los afiliados al SPP es la de ser tratados a estos precios relativamente bajos. El precio cobrado por los mismos proveedores a pacientes no afiliados al SPP (afiliados a una ISAPRES u otras instituciones) es mucho más alto.

Los proveedores de servicios

Los proveedores tienen libertad de elegir el nivel de precios que cobran. En 1983, primer año del sistema, 49,0% de los médicos eligieron el nivel 1, 34,0% el nivel 2 y 17,0% el nivel 3. Había un total de 8 313 médicos, que representaban el 80% de los médicos en activo (véase el cuadro 4). En 1984, el número total de médicos aumentó a 8 880, 30,8% de los cuales escogieron el nivel 1, 46,3% el nivel 2 y 22,9% el nivel 3. Por lo tanto, el precio medio por una consulta médica aumentó de 134,0 a 146,0% de la base.

Otros profesionales registrados (tales como parteras, expertos en tecnología médica, farmacéuticos y fisioterapeutas) sumaban 2 567 en 1983 y 2 949 en 1984. Estos profesionales también se desplazaron del nivel 1 a los niveles 2 y 3, por lo que aumentó el precio medio solicitado por sus servicios.

En 1984 todas las instituciones privadas de salud estaban inscritas en el SPP. Del total de 685 instituciones, 42% estaban en el nivel 1, 45% en el nivel 2 y 13% en el nivel 3. En estas instituciones solo se pueden cobrar los tres niveles de precios del SPP para servicios tales como exámenes de laboratorio y rayos X. No obstante, las instituciones tienen libertad de cobrar precios más altos por días cama. Todos los hospitales y centros médicos del SNSS están incluidos en el nivel 1 como un medio de controlar los precios.

Del total de los gastos efectuados por el SPP en 1984, el 65% se pagó a médicos, el 3% a otros profesionales, el 25% a clínicas y hospitales privados y el 7% restante al SNSS (Carlos Munizaga y Rafael Caviedes, Fondo Nacional de Salud, comunicación personal). Por lo tanto, cada médico recibió en promedio un ingreso mensual de 75 000 pesos, que es 11,3 veces mayor que el salario mínimo. Además, la mayoría de estos médicos también trabajaban a tiempo parcial para el SNSS y atendían a pacientes particulares.

Pagos directos de los usuarios y tipo de servicio solicitado

Los pagos directos aumentaron de aproximadamente 45% (estable durante el período de 1975 a 1982) a 54% en 1983 y a 58,8% en 1984 (Eduardo Tupper, Fondo Nacional de Salud, comunicación personal). Este aumento fue provocado en parte por el FONASA, que redujo la contribución para

ciertos tipos de atención (como la maternidad, que se redujo de 70 a 50%) y, en parte, por los usuarios que eligieron proveedores más caros. En 1984, 44 y 10,4% de todos los servicios de salud fueron proporcionados por proveedores de los niveles 2 y 3, respectivamente (véase el cuadro 5). Desde el inicio del SPP, los usuarios tenían que pagar el costo total de los medicamentos.

Los cuadros 6, 7, 8 y 9 dan una idea del comportamiento de los usuarios en relación con el nivel que eligen para cada tipo de atención. Las personas prefieren relativamente más a proveedores de los niveles 2 y 3 para las consultas médicas ambulatorias (48,3% del total de servicios solicitados), y a proveedores del nivel 1 para exámenes de laboratorio y de rayos X (22,8% del total de servicios).

El 82% de los servicios de hospitalización se solicitan a proveedores

privados, de los cuales más de la mitad (51,1%) son proveedores del nivel 2, mientras que 38,1 y 10,8% son proveedores de los niveles 1 y 3, respectivamente. Se prefieren los niveles 1 y 3 para las operaciones y tratamientos relativamente costosos, en tanto que el nivel 2 es el preferido para los tratamientos médicos menos costosos.

Sin embargo, la internación en hospitales públicos de los pacientes del SPP (18% del total) es el más costoso de todos los servicios de hospitalización. El costo medio es 1,75 veces mayor que la hospitalización proporcionada por los prestadores de servicios privados. Puesto que los precios son los mismos (excepto por días cama) para los proveedores privados y los del SNSS, esto indica que se

CUADRO 6. Total de prestaciones^a de salud y costo medio por tipo de prestación y nivel en el sistema de proveedor preferido (SPP), 1984 (cifras en miles)

Prestación	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Total ^b		Costo medio ^c
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Consultas médicas	1 125,9	39,9	1 352,8	53,8	428,8	63,2	2 907,5	48,3	261,5
Exámenes de laboratorio	774,1	27,4	503,5	20,0	93,9	13,8	1 371,5	22,8	477,4
Rehabilitación	205,4	7,3	337,8	13,4	66,8	9,9	610,0	10,1	226,0
Radiología y radioterapia	166,2	5,9	146,3	5,8	26,1	3,8	338,6	5,6	2 051,9
Días cama	247,6	8,8	0	0	0	0	247,6	4,1	1 298,3
Cirugía y sus procedimientos de diagnóstico	241,2	8,6	160,0	6,4	41,3	6,1	442,5	7,4	2 818,0
Psiquiatría	56,8	2,0	12,7	0,5	19,9	2,9	89,4	1,5	1 075,6
Prótesis y ortesis	1,6	0,0	0	0	0	0	1,6	0,0	11 945,5
Anestesia	1,0	0,0	1,4	0,0	1,3	0,2	3,7	0,0	5 492,8
Servicios de ambulancia	286	0	0	0	0	0	286	0	4 347,2
Total	2 820,0	100,0	2 514,5	100,0	678,1	100,0	6 012,6	100,0	

Fuente: Cálculos del autor basados en cifras inéditas del Fondo Nacional de Salud.

^a El porcentaje de la participación por niveles respecto al total de prestaciones fue de 46,9 para el nivel 1; 41,8 para el nivel 2, y 11,3 para el nivel 3.

^b De marzo a septiembre de 1984.

^c En pesos chilenos de 1984.

CUADRO 7. Número total de consultas médicas y exámenes de laboratorio, costos totales, costos medios y pago directo de los usuarios por nivel en el sistema de proveedor preferido (SPP), 1984

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total ^a
Número total de prestaciones (en miles)	2 910,2	2 829,4	669,4	6 409,0
Costos totales (en millones de pesos)	1 800,6	2 379,7	760,4	4 940,7
Pago directo de los usuarios (en millones de pesos)	900,0	1 531,2	555,6	2 986,8
Costo total medio (CTM) (en pesos)	618,7	841,1	1 135,9	770,9
Pago directo medio de los usuarios (PDMU) (en pesos)	309,3	541,2	830,0	466,0
Aumento del costo total medio	100,0	135,9	183,6	124,6
Aumento del pago directo medio de los usuarios (nivel 1 = 100)	100,0	175,0	268,3	150,7
PDMU/CTM (%)	50,0	64,3	73,1	60,4

Fuente: Cálculos del autor basados en cifras inéditas del Fondo Nacional de Salud.
^a Se excluye marzo, en que se cambiaron los precios.

CUADRO 8. Número total de prestaciones de salud en los programas de atención médica privada (atención de pacientes hospitalizados), costo total, costo medio y pago directo de los usuarios por nivel, en el sistema de proveedor preferido (SPP), 1984

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total ^a
Número de prestaciones (en miles)	1 168,0	1 565,4	332,0	3 065,4
Costo total (en millones de pesos)	1 277,8	1 620,2	780,9	3 678,9
Pago directo de los usuarios (en millones de pesos)	616,9	931,8	499,8	2 048,5
Costo total medio (CTM) (en pesos)	1 094,0	1 035,0	2 352,2	1 200,0
Pago directo medio de los usuarios (PDMU) (en pesos)	528,2	595,0	1 505,4	668,3
Aumento del costo total medio	100,0	94,6	215,0	109,7
Aumento del pago directo medio de los usuarios	100,0	112,6	285,0	126,5
PDMU/CTM (%)	48,3	57,5	64,0	55,7
Programas de prestación médica privada				
% en el total de los programas	70,0	93,4	85,3	82,0
% en el total de la atención médica	25,5	34,7	31,4	30,2
% en el costo total de la atención	33,7	36,9	42,2	36,7
% del pago directo de los usuarios con préstamos				27,4

Fuente: Cálculos del autor basados en cifras inéditas del Fondo Nacional de Salud.
^a Se excluye marzo, en que se cambiaron los precios.

prefieren los hospitales del SNSS para las enfermedades relativamente más graves y para tratamientos muy costosos. Los días cama constituyen una gran parte del costo total y siempre son por lo menos tan caros en los hospitales privados como en los establecimientos públicos. Los hospitales del SNSS pueden ser la única

alternativa disponible para los pacientes del SPP que padecen cáncer u otras enfermedades o accidentes graves. Aun cuando este puede ser el proveedor preferido por los afiliados al SPP de bajos ingresos (ya que 40,8% de los pagos no se hacen al contado sino en cuotas), también lo es para las personas de ingresos relativamente altos, que eligen a médicos de los niveles 2 y 3 para la atención costosa y complicada en hospitales del SNSS.

CUADRO 9. Número total de prestaciones de salud en los programas de atención médica pública (atención de pacientes hospitalizados), costo total, costo medio y pago directo de los usuarios por nivel en el sistema de proveedor preferido (SPP), 1984

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Total ^a
Número de prestaciones (en miles)	506,4	110,5	57,0	673,9
Costo total (en millones de pesos)	717,9	387,7	309,2	1 414,8
Pago directo de los usuarios (en millones de pesos)	348,0	220,6	194,4	763,2
Costo total medio (CTM) (en pesos)	1 417,7	3 508,6	5 424,6	2 099,4
Pago directo medio de los usuarios (PDMU) (en pesos)	687,2	1 998,2	3 410,5	1 132,5
Aumento del costo total medio	100,0	247,5	382,6	148,1
Aumento del pago directo medio de los usuarios	100,0	290,8	496,3	164,8
PDMU/CTM (%)	48,5	56,9	62,9	53,9
Programas públicos de prestaciones médicas				
% en el total de los programas	30,0	6,6	14,7	18,0
% en el total de la atención médica	11,0	2,4	5,4	6,6
% en el costo total de la atención	18,9	8,8	16,7	14,1
% del pago directo de los usuarios con préstamos				40,8

Fuente: Cálculos del autor basados en cifras inéditas del Fondo Nacional de Salud.
^a Se excluye marzo, en que se cambiaron los precios.

Esto también puede ser una señal de que el hospital público es menos eficiente (por ejemplo, más costoso para un determinado servicio hospitalario). En cuanto a la combinación de casos, no es posible determinar si está relacionada con la demanda o con la oferta. De hecho, en muchas regiones el único hospital que ofrece un determinado servicio especializado es el público.

EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO PRIVADO DE LA SALUD

En 1981 se inició el sistema de aseguramiento privado con la creación de las instituciones de salud previsional (ISAPRES). El Decreto (DFL) 03, de 1981 permitió a estas instituciones recaudar la deducción obligatoria de 6% del salario de aquellos trabajadores que quisieran comprar los planes de aseguramiento ofrecidos por las ISAPRES.

Es relativamente fácil crear una institución de salud previsional: la persona (o empresa) que quiera crear una tiene que garantizar un capital de 2 000 unidades financieras (1 unidad financiera = \$US 15), establecer que el objetivo social de la institución es proporcionar directamente o financiar servicios de salud, y ser aprobada por el FONASA. Como medio de garantizar el cumplimiento de las obligaciones que las ISAPRES adquieren con sus afiliados, se requiere depositar en el FONASA la contribución de cada trabajador correspondiente a un mes.

Los afiliados de una institución de salud previsional pueden cambiarse libremente a otra o a los planes de aseguramiento de la salud patrocinados por el gobierno (SNSS o SPP) avisando con un mínimo de 30 días de antelación. Las ISAPRES y sus afiliados también tienen li-

bertad para negociar precios, cobertura y pagos de coaseguramiento. Los afiliados pueden pagar más de la deducción obligatoria del 6%, pero no pueden contratar una póliza que cueste menos del 6% de su ingreso gravable.

Planes de salud que se ofrecen

En la actualidad existen dos tipos de ISAPRES, las abiertas y las cerradas. Las abiertas aceptan a cualquiera que desee comprar los planes; las cerradas aceptan únicamente a trabajadores de una determinada empresa, y de hecho pertenecen a ellos.

Los planes que ofrecen las ISAPRES abiertas son del tipo usual, mientras que los planes de las cerradas incluyen muchos beneficios ya obtenidos por los sindicatos de las respectivas empresas. Por lo tanto, solo se examinarán los planes de las ISAPRES abiertas. Estas ofrecen planes de salud que cubren la atención tanto de pacientes externos como de internados. La mayoría de las ISAPRES abarcan casi todos los servicios proporcionados en el SPP, excepto los servicios odontológicos y algunas restricciones en los gastos de maternidad.

Atención ambulatoria. Todas las ISAPRES requieren pagos directos del usuario que varían de 40 a 10% del precio. Los precios de las ISAPRES se basan, en la mayoría de los casos, en la lista de precios del FONASA multiplicados por factores que varían de 1 a 4 (o más en algunos casos). El porcentaje de coaseguramiento se aplica a los precios de las ISAPRES cuando son más bajos que los que cobra el proveedor. En caso contrario, se aplica el porcentaje al precio del proveedor.

Todas las ISAPRES han establecido acuerdos de trabajo con médicos, centros médicos, laboratorios, clínicas y hospitales para atender a sus afiliados a los precios fijados. Los suscriptores pueden elegir entre los proveedores contratados o un proveedor diferente. En este último caso, se les reembolsa el precio acordado por la institución.

Servicios de hospitalización. La mayoría de las ISAPRES tienen dos tipos de planes para la atención hospitalaria: de grupo cerrado y de proveedor preferido. Los planes de grupo cerrado los ofrecen las instituciones que poseen clínicas y hospitales privados (o que han establecido acuerdos con ellos). Estos planes cubren de 80 a 100% del costo total de la atención; bajan después de 30 días de atención hospitalaria en proporciones que varían de una institución a otra. Los pagos de los usuarios, así como la prima pagada, son mucho más bajos que los de los planes de proveedor preferido.

Todas las ISAPRES ofrecen también planes de proveedor preferido. La cobertura de estos planes va de 60 a 90% de los precios que, en la mayoría de los planes, son menores que los que cobran los proveedores que no tienen contratos con las ISAPRES. Los suscriptores pueden acudir a los centros de salud propiedad de las ISAPRES o a proveedores contratados por estas.

Otros beneficios de salud. Aun cuando la mayoría de las ISAPRES no cubren la atención odontológica, establecen acuerdos con dentistas y clínicas dentales que atienden a los afiliados a precios considerablemente reducidos; también conciertan acuerdos con ópticas para proporcionar anteojos a precios reducidos. La mayoría de las ISAPRES cubren una parte (que varía según el precio del plan) de los gastos por prótesis y rehabili-

tación, anteojos (una cantidad determinada al año) y medicamentos.

Subsidios. Según la ley, las ISAPRES están obligadas a proporcionar un examen físico anual gratuito, que incluye una consulta médica y varios exámenes de laboratorio y de rayos X prescritos. También tienen que pagar el sueldo del titular de una póliza temporalmente enfermo (licencia) y, hasta 1985, el salario correspondiente al período prenatal (42 días) y posnatal (86 días) de las aseguradas que dan a luz. Asimismo, pagan el salario de las madres que deben quedarse en casa al cuidado de un hijo enfermo por un período máximo de un año. En junio de 1985, la Junta de Gobierno traspasó el pago de los subsidios de maternidad al Fondo Unico de Prestaciones Familiares. Por lo tanto, en la actualidad las prestaciones por maternidad se pagan con los fondos generales recaudados de los contribuyentes.

Algunas limitaciones de cobertura. La mayoría de las ISAPRES no cubren los costos de hospital que se producen en un período que varía de tres a seis meses después de la inscripción, excepto para atención hospitalaria de urgencia. Para maternidad, el período sin cobertura es de 10 meses. No obstante, durante estos períodos, la mayoría de las ISAPRES proporcionan cierta parte de la cobertura acordada. En muchos casos esta cobertura parcial es similar a la que se consigue en el SPP.

Desarrollo de las ISAPRES

El número de ISAPRES aumentó de 2 a 15 entre 1981 y junio de 1985. Diez son instituciones abiertas y cinco son cerradas; estas últimas pertenecen a los trabajadores de las cinco empresas estatales más grandes.

El número de asegurados también aumentó rápidamente desde el comienzo, de 26 415 afiliados en 1981 a 146 610 en abril de 1985 (cuadro 10). Esta última cifra representa el 12,3% del total de inscritos en el nuevo sistema del seguro social (AFP) que pagaron contribuciones en marzo de 1985.

Quién se inscribe en las ISAPRES

Existen dos grupos de personas con mayores probabilidades de ingresar a las ISAPRES. Las de menor riesgo (por ejemplo, asegurados relativamente jóvenes y con pocos dependientes) se inscriben porque tienen una prima relativamente baja para asegurarse. Las personas con ingresos más altos se inscriben porque el 6% ya deducido les permite comprar con poco dinero adicional una póliza buena en cuanto a cantidad y calidad.

Esta autoselección introducirá un problema de selección en el SPP que podría causar desequilibrios financieros si las ISAPRES crecen demasiado de prisa. Una solución sería relacionar el costo de aseguramiento con el riesgo (como lo hacen las ISAPRES) en el SPP. De esta manera, las personas de menor riesgo también afrontarían en el SPP una prima relativamente baja (incluso inferior al 6% de sus ingresos) y las de mayor riesgo, una prima más alta. Si las contribuciones de los suscriptores de alto riesgo muy pobres no bastaran para cubrir las primas, el Estado podría complementarlas con los fondos generales de impuestos.

CUADRO 10. Número de asegurados de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), sus dependientes y proporción de dependientes por asegurado, desde 1981 hasta abril de 1985

ISAPRES	Asegurados	Dependientes	Dependientes por asegurado	Total de beneficiarios	Tasa anual de modificación
<i>Abiertas</i>					
1981	26 415	35 224	1,33	61 559	—
1982	57 945	68 041	1,17	125 986	105
1983	71 306	101 101	1,42	172 407	37
1984	110 593	171 683	1,55	282 276	64
1985	124 946	195 741	1,57	320 687	47 ^a
<i>Cerradas</i>					
1981					
1982	8 895	29 226	3,21	38 321	—
1983	17 509	52 651	3,00	70 160	83
1984	21 047	64 939	3,10	85 986	23
1985	21 664	61 400	2,83	83 064	-3,4 ^b
<i>Total</i>					
1981	26 415	35 224	1,33	61 559	—
1982	66 840	97 467	1,46	164 307	166
1983	88 815	153 752	1,73	242 267	47
1984	131 640	233 700	1,95	365 340	51
1985	146 610	257 141	1,75	403 751	35 ^a

Fuente: Cifras inéditas proporcionadas por el Fondo Nacional de Salud.

^a Tasa de incremento anualizada.

^b Tasa de disminución de diciembre de 1984 a abril de 1985.

¿Son demasiado altas las primas ISAPRES?

La mayoría de las ISAPRES cobran más del 6% de deducción obligatoria de los sueldos de los trabajadores. Puesto que las personas inscritas son de relativamente bajo riesgo y altos ingresos, consideran que las primas son demasiado altas.

Existen por lo menos cuatro razones que explican por qué son tan altas las primas: a) el 6% obligatorio es poco para pagar a los proveedores privados contratados por las ISAPRES; b) la falta de experiencia de estas instituciones para calcular riesgos específicos ha provocado que sobreestimen los costos de la

atención; c) existe una falta de competencia entre las ISAPRES o entre los proveedores privados con los que estas suscriben acuerdos de trabajo, y d) el sistema mismo de las ISAPRES produce un aumento del precio.

La primera razón podría ser cierta en el caso de los empleados públicos. La mayoría de ellos reciben un sueldo básico (sueldo gravable) y, adicionalmente, asignaciones especiales (como profesionales, por títulos y otras). En estos casos, el 6% deducido puede ser demasiado bajo y estos trabajadores están relativamente subsidiados por los empleados privados, cuyo sueldo bruto por lo general se aproxima al ingreso gravable. De manera similar, los trabajadores independientes contribuyen normalmente con la cantidad mínima permitida (6% del salario mínimo), de tal modo

que reciben un subsidio relativamente grande del SPP.

La segunda razón también puede ser válida, porque no ha habido experiencia previa de aseguramiento privado de la salud en Chile. El SPP no tiene estadísticas publicadas sobre el tipo de servicios solicitados por los distintos grupos de la población; por lo tanto, las ISAPRES tienen que basarse en información parcial.

También puede ser válida la tercera razón. Aun cuando no existen grandes limitaciones para incorporarse al sistema, se requieren conocimientos para ingresar al negocio. Esto explica por qué instituciones con experiencia en aseguramiento general, como la Compañía Nacional de Seguros (que creó la institución de salud previsional Cruz Blanca), y con experiencia en proporcionar servicios de salud, como la Caja Bancaria de Pensiones (que creó la institución Banmédica) fueron las primeras en ingresar. Estas dos continúan teniendo más del 50% de los afiliados de las ISAPRES abiertas.

En cuanto al comportamiento no competitivo de los proveedores privados, también es evidente en Chile la tendencia del médico a discriminar el precio según los ingresos y a diferenciar su producto.

Por último, los precios podrían haber aumentado aun cuando los miembros de las ISAPRES no usaran el SPP (donde estaban inscritos antes). La razón es que tenían que pagar el precio total que los médicos cobraban a los clientes privados. Con el sistema de las ISAPRES esas personas podían hacer uso del impuesto sobre los salarios y, con dinero adicional, comprar una póliza de seguro. Esta les reduce sustancialmente el costo de una visita al médico. Se espera que así aumente la demanda (que se cree que es elástica según el precio), pero los precios probablemente subirán, ya que la oferta es relativamente poco elástica.

Los aumentos de precios, cualquiera que sea la razón por la que se han producido, con seguridad afectan al SPP. Es más probable que los médicos prefieran cada vez más atender a los miembros de las ISAPRES que a los afiliados al SPP. Si aumentan las inscripciones en las ISAPRES, es probable que haya un aumento gradual en el nivel de precios en que se inscriban los médicos al SPP.

Por esta razón, tiene que fomentarse la competencia entre las ISAPRES, al mismo tiempo que los precios cobrados por el SPP deben corresponder al riesgo de salud del grupo familiar. De modo similar, sería útil permitir que los suscriptores de una institución de salud previsional negociaran con esta no solo el costo marginal (superior al 6%), sino también el costo total de la póliza. Esto muy probablemente provocaría una reducción de las primas pagadas y de cierta sobrecobertura existente.

Puesto que los planes duran solo un año (cada una de las partes puede dar por terminado o no renovar el contrato), el esquema de porcentaje fijo es inadecuado. Cada año se debe calcular el riesgo específico y, de acuerdo con este riesgo, establecer las primas. En consecuencia, el 6% del ingreso gravable puede ser demasiado alto para un joven con pocos dependientes, que por lo general recibe aumentos de sus ingresos hasta los 50 años de edad, y por el contrario puede ser demasiado bajo para los afiliados de más edad y más enfermos, cuyos ingresos por lo general se reducen.

El problema real que enfrenta el sistema de las ISAPRES es cómo lograr que estas instituciones y sus afiliados establezcan contratos de seguro por más de

un año. Si no es así, podría agudizarse aun más el problema de la selección negativa para el SPP y el SNSS. Esto se debe a que las ISAPRES pueden no renovar los contratos de quienes sufren enfermedades graves (y muy costosas) y quedarse sistemáticamente con los relativamente sanos. Se podría pensar que hay un incentivo para que las ISAPRES ofrezcan estabilidad y atraigan de este modo a posibles miembros. Existe, sin embargo, la cuestión de la credibilidad (para un plazo de varios decenios), y es muy probable que la gente que desea estabilidad sea la que tenga mayores probabilidades de sufrir enfermedades graves.

Situación financiera de las ISAPRES

En 1984, las ISAPRES obtuvieron en conjunto un beneficio neto de 53,3 millones de pesos, aproximadamente 3% de sus costos de operación y capital (cuadro 11). Este comportamiento es el resultado de que el ingreso

por cada afiliación en las ISAPRES cerradas fue mucho mayor en las abiertas, ya que las instituciones cerradas que se han creado hasta ahora pertenecen a empresas que pagan remuneraciones relativamente altas, y de que los costos de las ISAPRES cerradas no relacionados directamente con el aseguramiento (costos administrativos, financieros y otros) son sustancialmente menores que los de las ISAPRES abiertas, probablemente porque las cerradas no necesitan gastar en publicidad.

Los costos relacionados directamente con el aseguramiento son más altos en las ISAPRES cerradas que en las abiertas. Los subsidios por maternidad constituyen solo una pequeña proporción en las ISAPRES cerradas, lo que indica que las suscriptoras tienen una atención de salud relativamente más costosa y reciben relativamente más subsidios. Los subsidios por maternidad en las ISAPRES abiertas ascendieron a 8,3% de los costos relacionados con el aseguramiento de la salud. La incidencia de ese costo es una de las razones por las que las ganancias de las ISAPRES abiertas fueron menores que las de las cerradas. De hecho, las pérdidas que tuvo Banmédica en 1984 (la mayor

institución de salud previsional) se explican por los subsidios de maternidad que pagó. Esta situación cambió porque los subsidios de maternidad son en la actualidad responsabilidad del Fondo Unico de Prestaciones Familiares.

El futuro de las ISAPRES

Se espera que las ISAPRES continúen creciendo en los próximos años y que ingresen en ellas más mujeres trabajadoras. La competencia entre estas instituciones hará que ofrezcan mejores planes especiales de grupo a las personas de ingresos medios (y aun de ingresos relativamente bajos), como ya lo están haciendo algunas.

Sobre la base del número de afiliados al sistema del seguro social (AFP) que pagaban contribuciones en marzo de 1985, y suponiendo que los miembros de las ISAPRES tengan un ingreso gravable de más de 30 000 pesos al mes, el número potencial de suscriptores sería de 280 000 (23% de los afiliados al sistema del seguro social). Esto constituye el doble del número actual en las ISAPRES. Si se supone una tasa de dependientes de los asegurados de 1,8, el número total de beneficiarios de las ISAPRES podría acercarse a 800 000.

Tal incremento en el número de afiliados dependerá de la estabilidad del sistema y de la confianza que inspiren las ISAPRES a los probables suscriptores. Un problema que hay que enfrentar desde el punto de vista del SPP es el de la selección negativa. Es muy probable que el aumento de asegurados de las ISAPRES produzca un aumento en los costos de hospitalización. La infraestructura hospitalaria es costosa y puede quedar rezagada en relación con el aumento de la demanda. Aunque las camas de hospital que no pertenecen al SNSS, utilizadas por los afiliados de las ISAPRES, tienen actualmente una tasa baja de ocupación

(58,6%), es probable que esta situación se invierta relativamente pronto.

LA NUEVA LEY DE SALUD

Hasta ahora, el sistema chileno de salud pública se ha compuesto de dos partes: el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que pone en práctica medidas preventivas y de fomento de la salud para toda la población y proporciona atención curativa a obreros e indigentes, y el sistema de proveedor preferido (SPP), que proporciona seguros de salud para la atención curativa de los empleados. La atención curativa en hospitales públicos (SNSS) es gratuita para los beneficiarios (60% de la población total), mientras que la atención a través del SPP requiere que se efectúen pagos de coaseguramiento que ascienden a 50% o más del costo. Tanto los obreros como los empleados pagan un impuesto del 6% sobre sus ingresos.

Los obreros pueden utilizar el SPP para obtener atención de proveedores privados (pagando el coaseguramiento requerido), pero los empleados no pueden utilizar los hospitales públicos gratuitamente. Esta situación es un tanto injusta, ya que muchos de estos últimos trabajadores son tan pobres como los primeros.

El poder legislativo en Chile está estudiando actualmente un proyecto para corregir esta situación. La nueva Ley de Salud proyectada tiene tres características principales: eliminaría la distinción entre empleados y obreros para determinar su institución (o sistema) de

CUADRO 11. Ingresos, costos y ganancias de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en 1984 (en millones de pesos chilenos)

	ISAPRES		
	Abiertas	Cerradas	Total
Ingresos	5 373,2	1 836,4	7 209,6
Ingresos por beneficiario (mensuales, en pesos)	1 586,0	1 780,0	1 645,0
Costos totales directos de aseguramiento	3 523,2	1 609,8	5 133,0
Subsidios de maternidad	291,0	31,0	322,0
Otros subsidios	631,3	356,4	987,7
Gastos de atención médica	2 600,9	1 222,3	3 823,3
Costos totales directos por beneficiario (mensuales, en pesos)	1 040,0	1 560,0	1 171,0
Otros costos	1 825,2	198,2	2 023,3
Otros costos por beneficiario (en pesos)	539,0	192,0	461,5
Ganancias netas	24,8	28,4	53,3

Fuente: Cifras inéditas del Fondo Nacional de Salud.

atención de salud; todos los trabajadores (y sus dependientes) podrían obtener atención de salud tanto en hospitales públicos como privados, y los pagos de coaseguramiento para la atención en hospitales públicos variarían de acuerdo con una escala móvil de cuatro grupos de ingreso: el A, constituido por indigentes (y gente muy pobre que reciba pensiones de asistencia social), no pagaría; el B, compuesto por trabajadores que ganen menos de 16 000 pesos (\$US 93) al mes, no pagaría coaseguramiento; el C, integrado por trabajadores que ganen entre 16 000 y 26 000 pesos al mes, pagaría 25% del costo (precio de la FAP integral), y el D, con salarios superiores a 26 000 pesos, pagaría 50% del costo. El FONASA tendría créditos disponibles para los grupos C y D, cuando fuera necesario. Las personas que fueran a un proveedor privado pagarían 50% del precio de la FAP integral, como ya lo hacen actualmente.

Las dos alternativas abiertas para los afiliados (proveedor público y privado) no se excluyen mutuamente: el usuario puede escoger un proveedor privado para algún tipo de atención y uno público para otro tipo.

Este sistema público unificado de salud, junto con el sistema de salud de las fuerzas armadas y el sistema privado de las ISAPRES, formaría el sistema completo de aseguramiento de salud del país, que abarcaría al 90% de la población. El otro 10% lo constituirían algunos empleados independientes o familiares no asegurados que no estarían inscritos en el sistema y que acudirían a consultorios médicos o clínicas privadas.

CONCLUSIONES

Chile ha modificado no solo las políticas de salud, sino también la organización y administración de su sistema de salud. Las nuevas políticas han dado preferencia a la atención primaria (y a las medidas para prevenir enfermedades y fomentar la salud, tales como el programa de alimentación). En lo que respecta a la organización, el sistema anterior, sumamente centralizado, se dividió en 27 servicios regionales autónomos, capaces de prestar atención primaria así como atención terciaria más especializada a pacientes hospitalizados.

La mayoría de las reformas se hicieron recientemente, de modo que es prematuro evaluarlas. Sin embargo, la reducción de la mortalidad neonatal y de lactantes y de la tasa de malnutrición señala que el cambio hacia la atención primaria y hacia las medidas preventivas de salud ha tenido éxito. Al mismo tiempo, existen algunos indicios de que ha mejorado la eficiencia en los hospitales públicos. Aun cuando el esquema de reembolso hospitalario de la facturación por atención prestada integral constituye una mejora con respecto al mecanismo anterior, puede presentar problemas a mediano y largo plazo. Los servicios que se ofrecen pueden tener poca relación con la demanda; las presiones financieras posiblemente provoquen reducciones en la calidad (y no en el personal) y puede haber una escalada de los costos a causa del aumento de las admisiones. Estos problemas son similares a los que se presentan en el sistema de pagos previstos que se utiliza para el reembolso de los gastos por atención médica en los Estados Unidos de América.

Uno de los aspectos delicados que merece estrecha vigilancia en el futuro cercano es la relación entre el

público y los proveedores privados de atención de salud. Los proveedores privados dependen de la demanda de los suscriptores del SPP y de las ISAPRES. Hay que dedicar mucha atención a la autoselección, ya que es probable que incluso gente que podría pagar un proveedor privado utilice un hospital público para algún tipo de atención más cara. Otro aspecto que se debe examinar es el de la preferencia según el riesgo por parte de las ISAPRES. De acuerdo con los contratos anuales, estas instituciones preferirían (y posiblemente acepten) solo asegurados de bajo riesgo.

A pesar de estos problemas, el sistema chileno es un intento serio de modernizar las instituciones y los acuerdos sociales que proporcionan atención de salud. Entre los países menos desarrollados, constituye una experiencia única de organizar un gran sector de salud pública y proporcionar incentivos al sector privado para que participe en la prestación de servicios.

RESUMEN

El autor hace una revisión de las reformas efectuadas en el sistema de salud pública de Chile en los últimos 10 años. Tras un breve repaso del sistema, se evalúan algunas de las nuevas políticas y algunos indicadores sociales y económicos y se describe la participación de los sectores público y privado en el aseguramiento de los servicios médicos.

Hasta 1980, el sistema chileno de salud pública, sumamente centralizado, constaba de dos partes: el Sistema Nacional de Salud (SNS), que prestaba atención preventiva a toda la población y atención curativa a los obreros e indigentes, y el sistema de proveedor preferido (SPP), que proporcionaba atención curativa a los empleados. Con la crea-

ción, en 1979, del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), se dividió el SNS en 27 servicios regionales autónomos capaces de prestar atención primaria y terciaria más especializada. Se asignó al Ministerio de Salud la función de establecer normas y políticas de salud, y se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que sería responsable de recaudar el impuesto sobre los salarios destinado a la salud, financiar cada uno de los servicios regionales y administrar el SPP. En 1981 ingresaron al SNSS las instituciones de salud previsual (ISAPRES), compañías de seguros de salud que vendían planes de grupo cerrado, planes de proveedor preferido y planes mixtos.

El objetivo de las nuevas políticas era descentralizar la prestación de servicios médicos y alentar la colaboración del sector privado, así como garantizar la elección de los usuarios; intensificar las medidas preventivas y ampliar su cobertura; controlar y regular la práctica privada en hospitales y, aplicando el principio de "Estado subsidiario" (que fue parte de la política establecida en la Constitución de 1980), subsidiar solo la atención médica de aquellos que no pudieran costearla. Se esperaba, además, que las ISAPRES aumentaran la eficiencia en la utilización de los servicios de salud, redujeran el uso de los hospitales públicos por pacientes que podían pagar atención privada y se fomentase la inversión privada en la infraestructura de salud.

Con las reformas introducidas en 1979, el financiamiento del SNSS quedó bajo la responsabilidad del FONASA, el cual estableció una lista de precios para más de 2 000 servicios médicos y un mecanismo de reembolso de costos y pagos previstos. De 1980 a 1984, el

FONASA financió los gastos de personal de acuerdo con la nómina mientras que los bienes y servicios se pagaron según un plan de reembolso parcial de facturación por atención prestada (FAP). En 1985 se introdujo el plan FAP integral para reembolsar a cada servicio regional el costo total de cada atención. Además, el FONASA utilizó una FAP modificada, la facturación por atención prestada en municipalidades, para reembolsar los gastos totales efectuados por estas.

Si bien es todavía prematuro evaluar el efecto de estos cambios sobre el estado de salud de la población chilena, así como la eficiencia en la utilización de recursos y el costo para los usuarios, existen indicios de que los resultados han sido buenos: han disminuido las tasas de mortalidad neonatal y de lactantes y la malnutrición es menor. También ha mejorado la eficiencia en los hospitales públicos y se ha reducido el promedio de permanencia en ellos.

Sin embargo, conviene tener presente que pueden presentarse algunos problemas a mediano y largo plazo en el esquema de reembolso hospitalario de la FAP integral; las presiones financieras pueden provocar reducciones en la calidad de los servicios y puede haber una escalada de los costos causada por un aumento en las admisiones hospitalarias. □

AGRADECIMIENTO

Fueron muy útiles para este trabajo los comentarios del Dr. Juan Pablo Illanes y Alvaro Donoso, y las entrevistas con Juan Manuel Ortiz, Carlos Munizaga, Rafael Caviedes y el Dr. Juan Zamorano. Todas estas personas (con excepción del Dr. Illanes) están o estuvieron involucradas en las reformas del sistema de salud. También resultó muy valioso el comentario amplio y detallado de Philip Musgrove, de la OPS. Ninguno de ellos es responsable de las opiniones y comentarios expuestos en este trabajo, como tampoco lo es el Banco Mundial.

REFERENCIAS

- 1 Chile. Ministerio de Salud. *Políticas de salud*. Santiago, 1977.
- 2 Birdsall, N. Cost Recovery in Health and Education: Bank Policy and Operations. World Bank, Population, Health and Nutrition Department, marzo de 1985. Documento inédito.
- 3 Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial*, 1984. Washington, DC, julio de 1984.
- 4 Chile. Banco Central. *Cuentas nacionales de Chile 1960-1983*. Santiago, 1983.
- 5 Castañeda, T. Contexto socioeconómico del descenso de la mortalidad infantil en Chile. *Estud Publ* 16:5-56, 1984.
- 6 Castañeda, T. El impacto de las inversiones en educación en Chile, 1960-1983. *Rev Econom*, diciembre de 1984.
- 7 Castañeda, T. Evolución del gasto social en Chile y su impacto redistributivo. Santiago, Universidad de Chile, Departamento de Economía, 1985. Documento inédito.
- 8 Chile. Ministerio de Salud. Informe del Gobierno de Chile a la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, 1978-1981. Santiago, 1982. Documento inédito.

- 9 López Claros, A. Mortalidad por cirrosis hepática, producción y precio del vino en Chile, 1950-1982. *Bol Of San Panam* 102(4):346-358, 1987.
- 10 Chile. Oficina de Planificación Nacional. *Informe social*, 1982. Santiago, 1983.
- 11 Edwards, S. Stabilization with Liberalization: An Evaluation of Ten Years of Chile's Experience with Free Market Policies, 1973-1983. *Econ Dev Cult Change*, febrero de 1985.
- 12 Arellano, J. P. Las políticas sociales en Chile: breve revisión histórica. Apuntes CIEPLAN 60, junio de 1983.
- 13 Foxley, A. y Raczyński, D. Grupos vulnerables en situaciones recesivas: el caso de los niños y jóvenes en Chile. Santiago, CIEPLAN, 1983. Documento inédito.

- 14 Valiente, S. *et al.* Evolución de la mortalidad infantil y otros indicadores conexos en Chile entre 1962 y 1981. UNICEF, INTA y Universidad de Chile, marzo de 1984. Documento inédito.
- 15 Chile. Fondo Nacional de Salud. *Memoria anual*, 1984. Santiago, 1985.
- 16 Chile. Instituto Nacional de Estadísticas. *Inf Estad*, diciembre de 1984.
- 17 Chile. Contraloría General de la República. Estados de la gestión financiera del sector público. Santiago, 1983 y 1984.
- 18 Chile. Oficina de Planificación Nacional. *Informe social*, 1984. Santiago, 1985.

SUMMARY

THE CHILEAN HEALTH SYSTEM: ORGANIZATION, OPERATION, AND FINANCING

The author reviews the reforms in the Chilean public health system over the last 10 years. After a brief characterization of the system, some of the new policies and social and economic indicators are evaluated, and the role of the public and private sectors in guaranteeing medical services is described.

Up until 1980 the Chilean public health system was highly centralized and consisted of two parts: the National Health System (SNS), which provided preventive care to the entire population and curative care for workers and the indigent, and the preferred supplier system (SPP), which provided curative care for salaried employees. With the creation in 1979 of the National Health Services System (SNSS), the SNS was divided into 27 autonomous regional services capable of providing more specialized primary and tertiary care. The Ministry of Health was responsible for setting standards and health policies, and

the National Health Fund (FONASA) was created to collect wage deductions for health, finance the respective regional services, and manage the SPP. In 1981 the SNSS was expanded to include the health insurance institutions (ISAPRES), which sold closed group plans, preferred supplier plans, and mixed plans.

The aim of the new policies was to decentralize the provision of medical services, encourage collaboration of the private sector, and ensure free choice by the users; to intensify preventive measures and expand their coverage; to control and regulate private practice in hospitals; and, applying the "State subsidy" principle (as part of the policy established in the Constitution of 1980), to subsidize medical care only for those who cannot pay for it. It was hoped, in addition, that the ISAPRES would increase efficiency in the utilization of health services, reduce the use of the public hospitals by patients who can pay for private care, and promote private investment in the health infrastructure.

With the reform introduced in 1979, the financing of the SNSS remained under the responsibility of FONASA, which established a fee schedule for more than 2,000 medical services and a mechanism for reimbursing the costs and payments. From 1980 to 1984 FONASA financed personnel expenditures according to this schedule, while goods and services were covered under a plan for partial reimbursement of the billing for care provided (FAP). In 1985 an integrated FAP plan was introduced for reimbursing the respective regional services for the total cost of care provided. In addition, FONASA used a modified FAP to fully reimburse expenses billed for care provided in the municipalities.

Although it is still too early to evaluate the effect of these changes on the state of health of the Chilean population, or on efficiency in the utilization of resources or cost to users, there are indications that the results have been good: death rates have declined in neonates and nursing infants, and malnutrition is reduced. Also, efficiency has improved in public hospitals, in which average stays have been shortened.

Still, it is well to bear in mind that some problems may arise in the medium and long term in the integrated FAP scheme for hospital reimbursement; financial pressures may lead to declines in the quality of services, and costs may go up as hospital admissions increase.