

## Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile

Inequalities in public health care provision in Chile

Oscar Arteaga <sup>1</sup>  
Ignacio Astorga <sup>2</sup>  
Ana María Pinto <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Av. Independencia 939, Santiago de Chile, Chile.

oarteaga@machi.med.uchile.cl

<sup>2</sup> División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud de Chile.

Mac Iver 541, Santiago de Chile, Chile. dinred@minsai.cl

**Abstract** *From 1997 to 1999, the Chilean Ministry of Health conducted studies on the health care networks in each of the country's 13 regions in order to help plan regional health sector development and define investment projects. Health insurance coverage displayed major geographic, age, and gender variations. Out-patient and in-patient medical care in the public sector showed substantial geographic variations. According to patient discharge records from national referral hospitals, only some 20% of total health care capability is used to treat 60% of the Chilean population living in regions outside the Greater Metropolitan area. Analysis of primary care funding shows that municipalities allocating the highest per capita funds are not the ones with the greatest health care needs. New reform proposals must address the issue of complementarity between the public and private health sectors and strengthen the Ministry of Health's leadership role in order for the health system to improve its overall response to the population's health care needs.*

**Key words** *Equity; Medical Assistance; Health System; Health Financing*

**Resumen** *Entre los años 1997 y 1999, el Ministerio de Salud de Chile impulsó la realización de estudios de la red asistencial en cada una de las 13 regiones del país, con el fin de poder orientar en ellas el desarrollo del sector salud y la cartera de inversiones. En este artículo se analizan algunos resultados de estos estudios. La cobertura del aseguramiento presenta variaciones geográficas, de edad y género. La atención médica ambulatoria y de hospitalización en el sector público presenta importantes variaciones geográficas. Sólo alrededor de un 20% de la capacidad total de producción de egresos de los hospitales de referencia nacional estaría siendo ofrecido al 60% de la población chilena que vive en regiones distintas de la Región Metropolitana. La asignación de recursos financieros para el nivel primario de atención muestra que las comunas que destinan mayores aportes per capita a salud no serían aquellas con mayor necesidad. La complementariedad de los sectores público y privado, así como el fortalecimiento de la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud son ejes de desarrollo futuro del sector para mejorar la respuesta global del sistema de salud a las necesidades de la población.*

**Palabras clave** *Equidad; Asistencia Médica; Sistema de Salud; Financiamiento de la Salud*

## Introducción

En los últimos años, el tema de las desigualdades en los servicios de salud ha ido adquiriendo creciente importancia en foros políticos y académicos internacionales. En América Latina, el mejoramiento de la equidad ha sido, probablemente, uno de los objetivos más frecuentemente explicitados por los gobiernos que han impulsado procesos de reforma de los sistemas de salud de sus respectivos países. Lamentablemente, los resultados de las evaluaciones de los procesos de reformas respecto de la consecución de este objetivo parecieran ser desalentadores (Infante et al., 2000).

El Sistema de Salud Chileno, organizado en torno al Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952, llegó a ser un modelo de sistema integrado en América Latina (Roemer, 1991) teniendo un importante desarrollo hasta fines de la década de los años 1970 (Loyola & Vergara, 1994). Durante su largo periodo en el poder, especialmente entre 1979 y 1981, el gobierno militar introdujo un conjunto de transformaciones que pueden caracterizarse por: (a) transformación del SNS, descentralizándolo a un conjunto de 26 servicios territoriales de salud denominado Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); (b) traspaso a los municipios de los establecimientos de nivel primario de atención; (c) creación de una agencia nacional, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), como componente del SNSS y encargada de la recolección y distribución de recursos financieros para la atención de salud en los establecimientos públicos; y, (d) creación de aseguradoras privadas (ISAPRE) para administrar las cotizaciones de salud de las personas que optaran por trasladarse a ellas desde el sector público (Arteaga, 1997; Miranda, 1994).

Durante los años 1980, el gobierno militar tomó una serie de medidas orientadas a estimular el crecimiento de la afiliación a las ISAPRE, entre las cuales se pueden mencionar: incremento en el porcentaje de cotización obligatoria de salud, creación de un fondo estatal para pagar las licencias por maternidad, y la creación de un subsidio especial de 2% para complementar las cotizaciones de los trabajadores de bajos ingresos y posibilitar que éstos pudieran optar por seguros privados (Miranda, 1993). Adicionalmente, se desarrolló una política de reducción del aporte fiscal a salud, el que fue incluso mayor que la caída del producto interno bruto (PIB) que también ocurre durante la década de los 80s. Al comparar los años 1982 y 1990, el PIB se había recuperado y era 30% más alto, mientras que el gasto fiscal permanecía un 20% más bajo (Oyarzo, 1991)

Desde la introducción de las reformas de los años 80, el sistema de salud chileno se ha caracterizado por la segmentación. Tanto en la provisión como en el aseguramiento coexisten sectores público y privado con poca interacción y diálogo entre sí. El sistema ISAPRE, con una cobertura de alrededor de un 25% de la población, recibe un 69% de los recursos provenientes de las cotizaciones, en tanto que FONASA sólo recibe un 31% del total de cotizaciones del sistema, pero debe otorgar cobertura al 64% de la población (Oyarzo, 2000).

A partir de la re-instauración de la democracia, en marzo de 1990, los tres gobiernos de la coalición que ha estado dirigiendo el país han orientado sus esfuerzos a fortalecer el sector público de salud. Cada uno de ellos ha formulado, de manera explícita, objetivos de equidad en sus respectivas políticas de salud. El gobierno del Presidente Patricio Aylwin (1990-1994) estableció en su programa de salud la equidad como principio y política específica (Jiménez, 1991). En el gobierno del Presidente Eduardo Frei (1994-2000), el ministro de salud definió la equidad como uno de los cuatro principios fundamentales del sector, junto a la descentralización, la eficiencia y la participación (Massad, 1995). En el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, recientemente asumido en marzo de 2000, el tema de la equidad ha sido explicitado como uno de los ejes fundamentales de sus políticas sociales y, desde esa perspectiva, se ha señalado que la reforma del sistema de salud es una de las tareas más prioritarias del nuevo gobierno (MINSAL, 2000).

En este artículo se revisan desigualdades en la estructura de oferta de los establecimientos del sector público de salud de Chile. La información que se presenta corresponde a algunos de los principales resultados de un estudio sobre la red asistencial de salud en la Región Metropolitana de Santiago y, complementariamente, resultados de los estudios realizados en otras regiones de Chile. Estos estudios fueron parte de un esfuerzo impulsado por la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial (DINRED) del Ministerio de Salud entre los años 1997 y 1999 para las 13 regiones del país, con el fin de poder orientar en cada una de ellas el desarrollo del sector salud y la cartera de inversiones requeridas (DINRED, 1999).

## Marco conceptual

El concepto de equidad en salud es amplio y su análisis, partiendo por la definición del mismo, puede ser complejo y controversial. Whitehead

hace una propuesta interesante de equidad en salud cuando se refiere a diferencias innecesarias, evitables e injustas, lo que puede ayudar a su operacionalización (Whitehead, 1990). Aún así, los límites del concepto se nos muestran bastante extensos y difusos, sobrepasando el ámbito de competencia del sector de salud y, en particular, de la atención de salud. Las diferentes acepciones conceptuales suelen generar discusiones, las que pueden llevar a confusiones derivadas del hecho que los interlocutores que debaten pueden estar refiriéndose a dimensiones diferentes, lo que no necesariamente ellos explicitan al desarrollar sus argumentos. Este problema fue advertido hace ya varios años por Mooney, quien identifica 7 dimensiones diferentes de la equidad en salud (Mooney, 1983).

Existen marcos teóricos bastante útiles para desarrollar estudios de equidad como el propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998, el cual considera un conjunto de indicadores agrupados en las categorías de: estado de salud, determinantes; recursos y oferta del sistema de salud; y, utilización de servicios del sistema de salud (WHO, 1998). Este artículo tiene un enfoque más restringido, pues sólo aborda el tema de las desigualdades en la estructura de oferta de servicios de salud del sector público. Por otra parte, la discusión que hacemos se centra, de manera prioritaria, en las desigualdades geográficas o territoriales y, sólo en algunos de los tópicos analizados, analiza variables de género y edad. En el artículo no se aborda el análisis de otras variables sociales que, indudablemente, debieran ser incorporadas en estudios más comprehensivos sobre el tema de la equidad en salud.

## Material y métodos

El Estudio de la Red Asistencial de la Región Metropolitana fue desarrollado por la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana (SEREMI), con el apoyo del nivel central del Ministerio de Salud, y se extendió entre 1997 y 1998. El estudio es un análisis de oferta y demanda del sistema público de salud. El año base definido fue 1997, haciéndose una proyección de tendencias al año 2005.

Los ejes temáticos desarrollados por ese Estudio fueron 5: Población y Producción; Recursos Humanos; Recursos Financieros; Infraestructura y Equipamiento; Modelo de Atención. En cada área temática se constituyó un equipo técnico conformado por representantes de cada uno de los 5 Servicios Territoriales de Salud

de la Región coordinados por un profesional de la SEREMI. Sobre la base de orientaciones metodológicas de la Coordinación General del Estudio, los equipos técnicos recopilaron la información requerida, lo cual se hizo sobre la base de privilegiar los registros históricos para la serie 1992-1997, complementando la información con otras fuentes cuando ello resultare necesario. En algunos casos, la serie se extendió entre 1990 y 1997. Para los efectos de este artículo, sólo se presentan los componentes de población, cobertura de seguros, producción y recursos financieros. Se estudió la Región Metropolitana de Santiago y, complementariamente, otras regiones del país.

Para el componente Población, a pesar que, en 1994, el Sistema Público de Salud inició un proceso e inscripción de beneficiarios, aún no se dispone de un registro individualizado de usuarios de los establecimientos de salud. Debido a esto, las poblaciones beneficiarias aún corresponden a poblaciones estimadas. El grado de uso que hacen de los establecimientos públicos los beneficiarios afiliados a los diferentes sistemas de seguros (FONASA, ISAPRE, Fuerzas Armadas, otros) es distinto para establecimientos ambulatorios que para establecimientos hospitalarios (atención cerrada). Este concepto, denominado *atencionalidad*, es medido, en la Encuesta Nacional de Caracterización Social y Económica (CASEN), que efectúa el Ministerio de Planificación con una periodicidad bianual. La atencionalidad se expresa como la proporción de los afiliados de cada sistema que usó los establecimientos públicos para resolver sus problemas de salud en los últimos tres meses (DINRED, 1997). En otras palabras, no todos los beneficiarios públicos (adscritos a FONASA) hacen uso de los establecimientos ambulatorios del sector público, pues tienen otras opciones como la modalidad de libre elección de FONASA, que les permite acceder a centros médicos privados. Por otra parte, no todas las personas que concurren a atenderse a hospitales del sector público son beneficiarios públicos, pues el hecho que ésta sea un tipo de atención más cara motiva a que también concurren beneficiarios de los otros sistemas de seguros que buscan reducir sus co-pagos. Reconociendo esta situación, se estableció el concepto operacional de *Población Usuaría*, para connotar a aquella población que efectivamente utiliza las instalaciones de salud, independientemente del sistema de seguro al que pertenece. De este modo, se construyó una *Población Usuaría de Atención Ambulatoria*, obtenida agregando la fracción de población perteneciente a cada sistema de seguro, previa cor-

rección de ésta por la atencionalidad en establecimientos públicos ambulatorios. Esta población usuaria de atención ambulatoria representa una proporción de la población general que es menor que la población beneficiaria del seguro público. La *Población Usuaria de Atención Cerrada* se obtiene de manera similar a la usuaria de atención ambulatoria, pero usando como corrector la atencionalidad en establecimientos hospitalarios. Esta población usuaria de atención cerrada representa una proporción de la población general que es mayor que la población beneficiaria pública. Este procedimiento se hizo para cada año de la serie de tiempo, proyectando las poblaciones usuarias de atención ambulatoria y cerrada hasta el año 2005 (DINRED, 1997).

En el componente de Producción se analizó el comportamiento de un conjunto de tipos de prestaciones definidas por el Ministerio de Salud como *Prestaciones Trazadoras*, a saber: consultas médicas de atención primaria; consultas médicas de especialidad; consultas médicas de urgencia; intervenciones quirúrgicas mayores; atención del parto; y egresos hospitalarios (DINRED, 1999). En todas estas prestaciones se construyeron matrices en formato de planilla electrónica Excel con el fin de estandarizar los registros de los diferentes Servicios Territoriales de Salud. Para cada prestación trazadora, se registró la producción de cada uno de los años de la serie de tiempo, relacionando ésta (numerador) con la población correspondiente de cada año en el territorio respectivo (denominador). De este modo se construyeron tasas o coeficientes técnicos para cada año de la serie. En cada tipo de prestación trazadora el equipo técnico local, sobre la base de juicio de expertos, eligió el coeficiente técnico o tasa que mejor representaba la tendencia observada en la serie de tiempo. Este coeficiente técnico se usó como *proxi* para estimar la demanda esperada a mediano plazo, para lo cual se aplicó, a la población estimada al año 2005, el coeficiente técnico elegido por el equipo técnico local. Finalmente, al comparar esa proyección con la situación del año base, se pudo establecer las brechas para cada una de las prestaciones trazadoras. En el caso de los egresos hospitalarios, adicionalmente, se pudo acceder a la base de datos de egresos individualizados que la SEREMI de salud de la Región Metropolitana mantiene para informar al nivel central del Ministerio de Salud.

El componente de recursos financieros consideró un análisis de los presupuestos de los Servicios Territoriales de Salud de la Región Metropolitana y de sus establecimientos de sa-

lud dependientes, considerando sus ingresos y gastos. Esta información fue proporcionada por los propios Servicios, en tanto que los aportes que los gobiernos municipales hacen a la red de establecimientos de nivel primario que administran fueron obtenidos a partir de información provista por la Subsecretaría de Desarrollo Regional, dependiente del Ministerio del Interior. Debe tenerse presente que la información financiera sobre la cual se hizo el análisis presenta insuficiencias y debilidades, propias de los registros rutinarios. A partir de la información proporcionada por la Subsecretaría de Desarrollo Regional, recogida de sus registros rutinarios, se construyeron *per capita* para las comunas de la Región Metropolitana. Como interesaba estudiar la relación entre necesidad y asignación de recursos, se hizo un análisis de correlación estableciendo los recursos financieros *per capita* de nivel comunal como variable explicatoria y, como variable de respuesta, las razones de mortalidad comunal estandarizadas, estimadas por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (González et al., 2000), y usadas como *proxi* de necesidad de atención en el nivel comunal. Debe señalarse que sólo 38 de 52 comunas de la Región Metropolitana tenían información completa en las bases de datos de la Subsecretaría.

Una debilidad metodológica del Estudio de Red Asistencial y que, obviamente, se reproduce en el análisis que se hace en este artículo, se refiere a la manera de estimar la demanda de atención. En rigor, lo que se hizo fue estimar tendencias de comportamiento de la estructura de oferta y proyectarla en cierto horizonte de tiempo. La mayor debilidad de este enfoque estriba en que, existiendo desigualdades estructurales en la oferta actual en los diferentes territorios del país y de cada región, la proyección de las tendencias tiende a proyectar dichas desigualdades.

## Resultados

En esta sección se presentan los resultados más relevantes que muestra el Estudio de la Red Asistencial de Salud.

### Población y cobertura de seguro

Desde una perspectiva de seguro de salud, el sistema de salud chileno es mixto. El seguro público está representado por el FONASA, con una cobertura que alcanza al 59,8% de los 15.017.760 habitantes que constituyen la población chilena (Tabla 1). Las ISAPRE son insti-

Tabla 1

Cobertura regional de FONASA e ISAPRE. Chile, 1998.

Región	Población total 1998	Población beneficiaria pública 1998		Población beneficiaria ISAPRE 1998		Cobertura FONASA+ ISAPRE %
		Total	%	Total	%	
I Región	386.226	214.478	55,5	125.648	32,5	88,1
II Región	456.083	211.684	46,4	192.431	42,2	88,6
III Región	264.464	158.714	60,0	62.942	23,8	83,8
IV Región	561.665	386.491	68,8	81.604	14,5	83,3
V Región	1.525.494	1.012.631	66,4	268.677	17,6	84,0
VI Región	768.663	515.716	67,1	133.359	17,3	84,4
VII Región	906.882	643.083	70,9	104.830	11,6	82,5
VIII Región	1.895.160	1.282.670	67,7	297.712	15,7	83,4
IX Región	855.585	609.506	71,2	102.683	12,0	83,2
X Región	1.039.478	689.755	66,4	177.679	17,1	83,4
XI Región	92.214	61.559	66,8	15.169	16,4	83,2
XII Región	155.274	86.831	55,9	44.882	28,9	84,8
Región Metropolitana	6.010.433	2.996.501	49,9	2.072.323	34,5	84,3
País	15.017.760	8.977.160	59,8	3.679.835	24,5	84,3

Fuente: DINRED (1999).

FONASA = Fondo Nacional de Salud; ISAPRE = aseguradora privada.

tuciones privadas que administran la cotización obligatoria de salud y cuya cobertura alcanzaba en 1998 a 24,5% de la población. El resto de la población está compuesto por personas cubiertas por sistemas de seguros específicos como los sistemas de las fuerzas armadas, y por personas que resuelven sus problemas de salud mediante el pago directo de bolsillo.

Entre los afiliados a FONASA hay quienes cotizan para salud y quienes no generan ingresos para hacerlo (indigentes). A su vez, FONASA tiene una Modalidad de Atención Institucional (MAI) y una Modalidad de Libre Elección (MLE). La MAI corresponde a la atención regular que ofrecen los establecimientos públicos. La MLE corresponde a un sistema de proveedores preferidos, de naturaleza privada, que pueden ser médicos individuales y centros de salud de tipo ambulatorio u hospitalario. Los beneficiarios de FONASA que cotizan pueden hacer uso alternativo de esta modalidad para acceder, mediante un sistema de bonos subsidiados, a dichos proveedores. Los beneficiarios indigentes tienen la MAI como alternativa única.

El objetivo de un seguro de salud es brindar protección a sus beneficiarios en estados de necesidad. Resulta, por lo mismo, de interés el conocer la estructura por edad y género de la población beneficiaria del seguro público (FONASA) y de las aseguradoras privadas (ISAPRE) en Chile. Al desagregar la población en grupos

Tabla 2

Población beneficiaria de ISAPRE y FONASA. Distribución porcentual por rango de edad. Chile, 1998.

Rango de edad (años)	ISAPRE (%)	FONASA (%)
0-9	32,1	67,9
10-19	29,2	70,8
20-29	35,5	64,5
30-39	33,1	66,9
40-49	30,5	69,5
50-59	24,9	75,1
60-69	15,3	84,7
70-79	6,4	93,6
80 y más	6,2	93,8

Fuente: DINRED (1999).

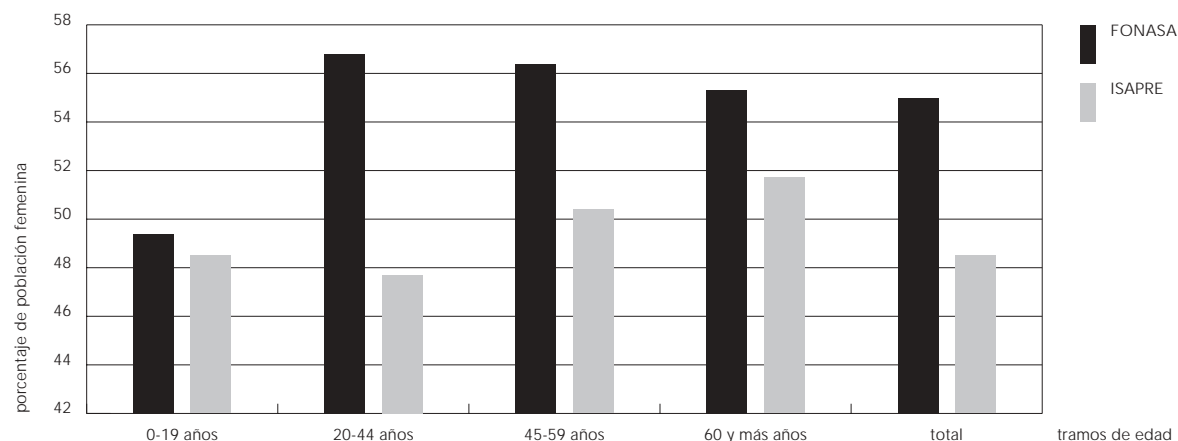
FONASA = Fondo Nacional de Salud; ISAPRE = aseguradora privada.

decenales (Tabla 2), puede observarse que el mayor porcentaje de beneficiarios de ISAPRE corresponde al rango 20-29 años, con un 35,5%. A partir de los 30 años, la afiliación a ISAPRE empieza a declinar, lo que se hace más evidente entre el rango 50-59 y 60-69, con una disminución de casi 10 puntos porcentuales.

Al considerar la variable género, también es posible observar (Figura 1) una distribución desigual de la población afiliada a FONASA e

Figura 1

Porcentaje de mujeres beneficiarias de FONASA e ISAPRE en el total de la población, por rango de edad. Chile, 1998.



Fuente: DINRED (1997).

FONASA = Fondo Nacional de Salud; ISAPRE = aseguradora privada.

ISAPRE. La proporción de mujeres dentro del total de la población correspondiente a cada rango de edad es mayor entre los beneficiarios de FONASA, proporción que es aún mayor en el rango de mujeres en edad fértil (grupo de 20-44 años para los efectos de este estudio). En este grupo de edad, las beneficiarias de ISAPRE corresponden a un 47,7% y los hombres a un 52,3%, mientras que, en FONASA, la situación es la inversa, pues las mujeres constituyen el 56,8% y los hombres el 43,3%.

#### Atención médica

Las atenciones médicas de nivel primario por mil usuarios de atención ambulatoria presentan importantes variaciones en los diferentes Servicios de Salud del país. En la Figura 2 se compara la tasa observada de cada Servicio de Salud con el estándar normativo del Ministerio para la población general (1,5 atenciones médicas de nivel primario por usuario al año). Sólo cuatro Servicios de Salud (Aysén, Metropolitano Norte, Arauco y Araucanía Norte) se encuentran sobre la norma que, en el gráfico, está representado por el porcentaje cero, el cual separa los déficits (valores negativos, bajo 0%) de los superávits (valores positivos, sobre 0%). El Servicio que presenta la tasa más alta es Aysén, la XI Región, zona geográfica del sur de Chile, de baja densidad poblacional y difíciles condiciones de acceso, pero con mayor población

concentrada en las principales ciudades que otras regiones de alta ruralidad. A diferencia de otras regiones del país, los consultorios de nivel primario en Aysén son administrados por el Servicio de Salud y no por las municipalidades. Interesantemente, en una misma región, como la Metropolitana, pueden observarse importantes variaciones en las tasas de atención médica de nivel primario entre los Servicios de Salud que conforman la región (Servicio de Salud Metropolitano Norte – SSMN; Metropolitano Sur – SSMS; Metropolitano Central – SSMC, Metropolitano Oriente – SSMO, Metropolitano Occidente – SSMOC; y Metropolitano Sur Oriente – SSMSO).

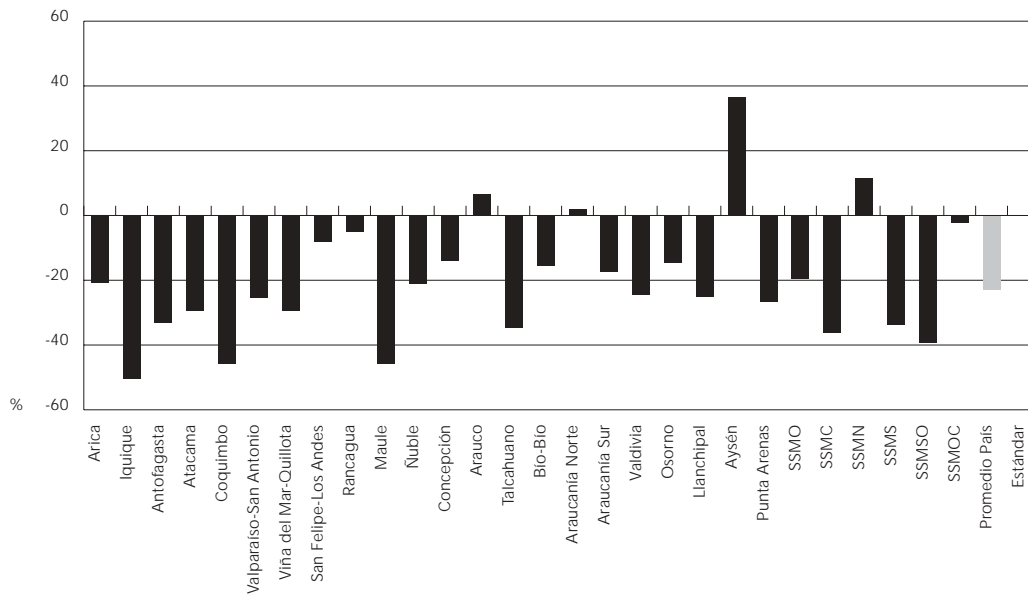
El Ministerio de Salud tiene estándares técnicos de atención médica en el nivel primario para sus diferentes programas. Al comparar, con sus respectivos estándares, las tasas promedio observadas a nivel nacional para cada programa (Tabla 3), las tasas del programa infantil son mayores que la norma de 1,72 atenciones médicas de nivel primario al año por persona menor de 15 años. El valor observado en el programa de adulto es más bajo que la norma de 1,44 atenciones médicas al año por persona mayor de 15 años. Lo mismo ocurre con el programa de la mujer.

La situación de diferencias actuales en las tasas de atención médica de nivel primario determina, obviamente, proyecciones de brechas de oferta también diferentes, las que se incre-



Figura 2

Promedios 1992-1997 de atenciones médicas por mil usuarios de atención ambulatoria en el nivel primario de atención por servicios de salud en Chile. Comparación con estándar Ministerio de Salud.



Fuente: DINRED (1997).

SSMSO = Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente; SSMN = Servicio de Salud Metropolitano Norte; SSMO = Servicio de Salud Metropolitano Oriente; SSMC = Servicio de Salud Metropolitano Central; SSMS = Servicio de Salud Metropolitano Sur; SSMOC = Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Tabla 3

Atenciones médicas por mil usuarios de atención abierta en el nivel primario público de Salud de Chile, 1997.

	Programa infantil	Programa adulto	Programa de la mujer
Promedio observado país*	1853	925	169
Estándar Normativo Ministerio	1728	1440	336

\* Tasas promedio 1992-1997. Tasas por mil usuarios de atención ambulatoria.  
Fuente: SEREMI (1999).

mentan si el nivel de análisis es una unidad geográfica menor. En el caso de la Región Metropolitana, cuando se proyectan las tendencias al año 2005 para estimar las brechas, éstas varían entre un enorme nivel de déficit e importantes niveles de superávit. Entre los primeros se puede mencionar a las comunas de La Granja (166,1% de déficit), Pudahuel (124,3% de déficit) y El Bosque (110,3% de déficit). Por el contrario, entre las comunas con mayor superávit proyectado se encuentran: Pedro Aguir-

re Cerda (45,4% de superávit) y Quinta Normal (60,3% de superávit).

La atención médica ambulatoria de especialidad es una prestación que, en el sector público de Chile, es principalmente entregada en policlínicos adosados a los hospitales que dependen administrativamente de las direcciones de Servicios de Salud. Esta es una de las prestaciones en las cuales se expresa, con mayor claridad, la desigual estructura de oferta entre las regiones del país. Incluso en una mis-

Tabla 4

Brechas de atenciones médicas ambulatorias de especialidad proyectadas al año 2005. Servicios de Salud Región Metropolitana, Chile.

Programa y especialidad	SSMO		SSMC		SSMN		SSMS		SSMSO		SSMOC	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Programa adulto</b>												
Medicina interna	-22.114	-29,9	-8.438	-24,9	1.802	2,3	-5.207	-6,4	-19.434	-45,5	-19.603	-27,2
Cirugía general	1.204	4,8	-3.292	-21,7	-2.707	-16,3	-2.324	-6,1	-8.491	-59,9	n/d	N/d
Otras especialidades	-16.156	-13,1	-10.132	-21,7	-13.479	-13,4	-8.479	-7,5	-28.881	-41,2	-3.443	-5,8
<b>Programa infantil</b>												
Pediatría	-6.656	-27,0	-1.695	-9,1	-1.257	-2,7	-11.495	-26,9	-7.670	-30,1	1.190	6,8
Cirugía	-2.913	-12,0	-1.358	-14,9	-1.468	-11,1	-3.425	-26,5	-1.650	-14,4	-571	-3,3
Otras especialidades	1.758	2,5	-6.380	-17,1	-3.707	-7,1	-6.452	-12,0	-7.185	-30,1	2.489	13,4
<b>Programa de la mujer</b>												
Ginecología – Obstetricia	-10.482	-26,4	-11.271	-40,3	-3.318	-14,1	-28.096	-123,7	-9.386	-17,3	-2.920	-12,1

Fuente: SEREMI (1999).

SSMO = Servicios de Salud Metropolitano Oriente; SSMC = Servicios de Salud Metropolitano Central;

SSMN = Servicios de Salud Metropolitano Norte; SSMS = Servicios de Salud Metropolitano Sur;

SSMSO = Servicios de Salud Metropolitano Sur Oriente; SSMOC = Servicios de Salud Metropolitano Occidente.

ma región, como la Región Metropolitana (Tabla 4), puede constatar que existe una muy importante variabilidad en las brechas proyectadas en cada Servicio de Salud. Si bien, existen Servicios que se proyectan con superávit en algunas especialidades médicas (medicina interna, en el SSMN; cirugía general, en el SSMO), éste no sería suficiente para compensar el déficit proyectado en esas especialidades en otros Servicios de Salud.

En una mirada de país, analizando desagregadamente las especialidades médicas, son algunas de ellas las que tienden a concentrar los mayores déficits de atenciones médicas en las diferentes regiones. En la Tabla 5, la columna derecha permite apreciar que los rangos de variación regional del déficit de cada especialidad médica son bastante amplios. Otorrinolaringología y oftalmología se encuentran entre las primeras especialidades deficitarias, tanto en el programa del adulto como en el programa infantil.

La situación de variación de las tasas de atención médica ambulatoria de especialidad entre Servicios de Salud también se presenta en el caso de las intervenciones quirúrgicas electivas. Para esta prestación, se constataron tasas promedio para el periodo 1990-1997 cuyos rangos varían entre 66 intervenciones quirúrgicas electivas por mil usuarios de atención cerrada (Servicio Metropolitano Oriente) y 12 intervenciones quirúrgicas electivas por mil usuarios (Servicios de Salud de Atacama, Bío-Bío y de Araucanía Norte).

Con relación a egresos hospitalarios, la disponibilidad de una base de datos de esta prestación en los establecimientos hospitalarios de la Región Metropolitana permitió hacer un análisis por comuna de residencia de los pacientes dados de alta. Es importante recordar que la organización del sector público de salud chileno está basada en niveles de atención de complejidad creciente y territorios geográficos asignados a los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes. En este diseño, el mayor nivel de complejidad asistencial está determinado por los centros de referencia nacional, cuyo ámbito de responsabilidad teórico se extiende a todo el territorio nacional, operando a través de derivaciones de pacientes desde los establecimientos de complejidad menor. En el estudio de la red asistencial metropolitana, se analizó la distribución de egresos por residencia de los centros de referencia nacional, todos ellos ubicados en Santiago. En este artículo presentamos los resultados correspondientes al Instituto de Neurocirugía (Figura 3), emplazado en el territorio del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, e Instituto Nacional del Cáncer (Figura 4), localizado en el territorio del Servicio Norte. En ambos casos, la mayor proporción de los egresos corresponde a personas residentes en las comunas pertenecientes al territorio del Servicio de Salud del cual los establecimientos analizados dependen administrativamente.



## Recursos Financieros

En el sistema de salud público de Chile, la asignación de recursos a los proveedores públicos desde el gobierno central es diferente para el nivel primario que para los hospitales. Para estos últimos, la asignación se hace mediante un mecanismo que combina el pago asociado a diagnóstico (PAD) y el pago prospectivo por prestación (PPP). El pago a los establecimientos de nivel primario de atención, mayoritariamente administrados por los municipios, se hace mediante una fórmula de capitación corregida por pobreza comunal y por ruralidad, lo que está sustentado jurídicamente en la ley que regula el funcionamiento del nivel primario de atención bajo administración municipal. Además, los municipios también pueden aportar, a los establecimientos de salud que administran, recursos de su propio presupuesto.

Se analizó la relación entre necesidad de atención, usando las razones estandarizadas de mortalidad comunal como *proxi* de ésta, y la asignación *per capita* de recursos financieros de nivel central (Figura 5) y de nivel municipal (Figura 6), para 38 de las 52 comunas de la Región Metropolitana para las cuales existía información completa. En el caso del aporte de nivel central, el coeficiente de correlación fue  $r = 0,232$  ( $p < 0,2$ ;  $n = 38$ ) y para el aporte municipal fue  $r = -0,347$  ( $p < 0,05$ ;  $n = 38$ ). Al analizar el financiamiento total, agregando el aporte central y municipal, el coeficiente de correlación fue  $r = -0,68$  ( $p < 0,5$ ;  $n = 38$ ).

## Discusión

La información previamente presentada muestra que el sistema de salud chileno es bastante heterogéneo y, por lo tanto, no debiera constituir una sorpresa el encontrar importantes desigualdades tanto entre el sector público y privado, como al interior de cada uno de ellos. Desde la perspectiva del aseguramiento, la distribución regional de la población afiliada a FONASA e ISAPRE muestra una importante variabilidad. La afiliación al sistema privado ISAPRE varía entre 42,2% en la II Región de Antofagasta a sólo 17,1% en la X Región (Región de los Lagos).

Hay factores que pueden explicar estos importantes niveles de variación. Tanto Antofagasta como la Región de los Lagos son extensas y su densidad poblacional es baja. Sin embargo, en Antofagasta, región del norte grande de Chile, se encuentra ubicada la principal mina de cobre del país, y la empresa que la explota

Tabla 5

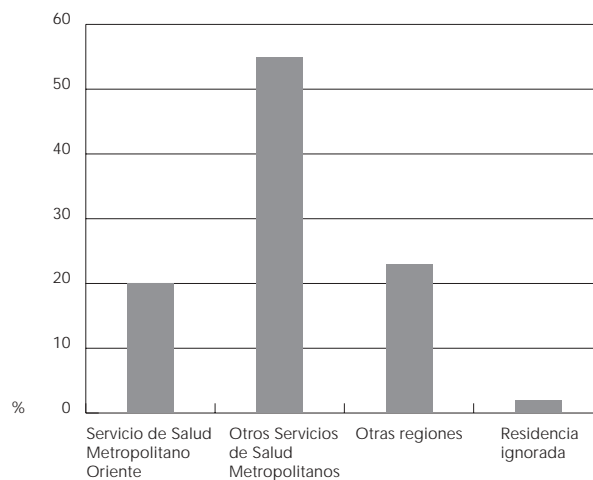
Especialidades médicas con mayor déficit de atención en el sector público de salud de Chile.

Programa	Especialidad	Rango de déficit regional (%)
Adulto	Otorrinolaringología	109-190
	Oftalmología	83-215
	Medicina Interna	57-146
	Traumatología	50-97
Infantil	Urología	178-195
	Otorrinolaringología	150-265
	Oftalmología	109-190
	Dermatología	50-97

Fuente: DINRED (1999).

Figura 3

Distribución porcentual de egresos según residencia. Instituto de Neurología, Chile, 1997.

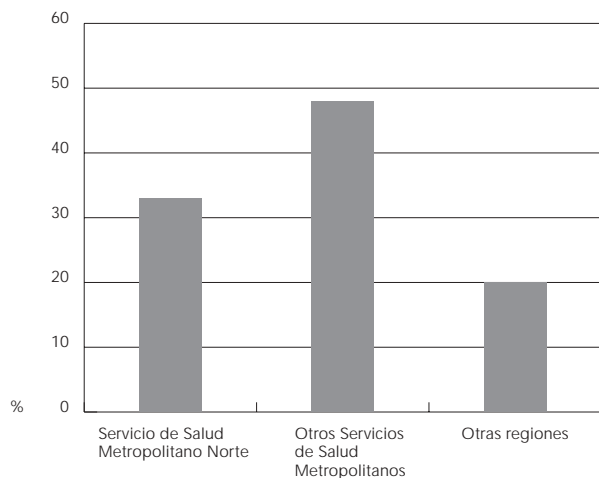


Fuente: SEREMI (1999).

tiene una ISAPRE propia para la población trabajadora y sus familiares. La Región de los Lagos, en el sur del país, presenta una población mucho más dispersa, con una ruralidad que alcanza al 34,8% de su población, lo que contrasta notoriamente con la ruralidad de sólo 3,1% de Antofagasta. En condiciones de alta dispersión poblacional, pareciera que en Chile todavía sólo es posible acceder a atención de salud

Figura 4

Distribución porcentual de egresos según residencia. Instituto Nacional del Cáncer, Chile, 1997.



Fuente: SEREMI (1999).

mediante la red pública. Una expresión de ello es que el número de postas de salud (puestos rurales con personal de nivel técnico y supervisión médica periódica) en la Región de los Lagos es de 242, mientras que, en Antofagasta, es sólo de 12 postas.

Si bien Antofagasta es la Región con mayor porcentaje de población afiliada a ISAPRE, superando a la Región Metropolitana ubicada en el segundo lugar, la población total de esta última es 12 veces más numerosa que la población de Antofagasta. Por lo tanto, la población afiliada a ISAPRE corresponde a población mayoritariamente de la Región Metropolitana.

Otro aspecto relevante de la información presentada es la composición de género y edad de la población afiliada al seguro público y al seguro privado. Como se destaca en la Tabla 2, el peso relativo de la población total afiliada al sector ISAPRE empieza a decrecer a partir de los 50 años, incrementándose la afiliación al asegurador público. De hecho, de un total de 1.296.097 personas de 60 o más años en 1998, sólo un 10,9% estaban afiliados a ISAPRE, mientras que los afiliados a FONASA alcanzaban un 89,1%. En el mismo sentido, el peso relativo de la población femenina es diferente para uno y otro sistema de aseguramiento. En 1998 el porcentaje de mujeres dentro del total de afiliados a ISAPRE era 48,5%, mientras que en FONASA el porcentaje subía a 55,0% y, al considerar las mujeres en edad fértil, el porcentaje de las de

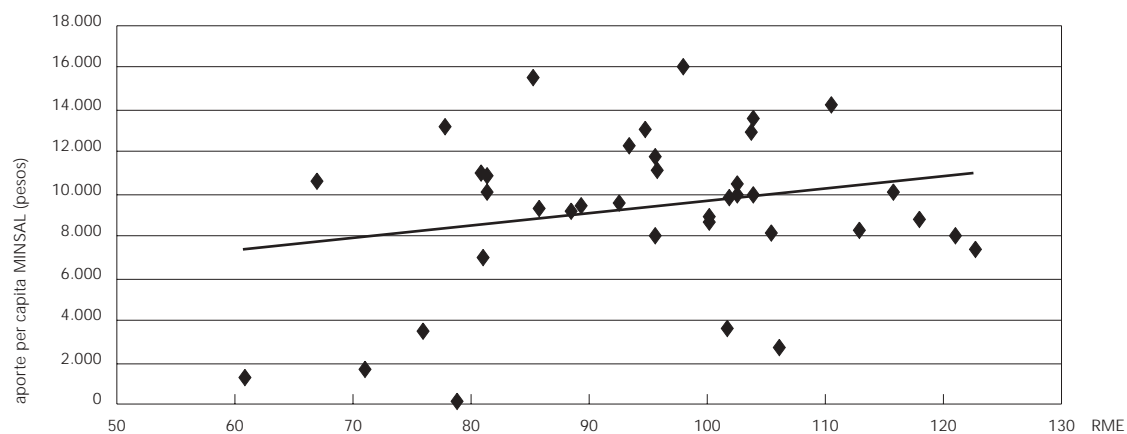
ISAPRE se reduce a 47,7% y el de FONASA aumenta a 56,8%. La afiliación a ISAPRE puede caracterizarse, entonces, como un fenómeno predominantemente urbano y de la Región Metropolitana. De igual modo, la población beneficiaria de este sistema es predominantemente masculina y en edad laboralmente activa. Por su parte, el asegurador público debe hacerse cargo de una población con mayor carga de enfermedad, que en los hechos es excluida del sistema ISAPRE mediante el encarecimiento de los precios de sus planes de salud.

La información entregada respecto de la atención médica en la segunda parte de los resultados muestra que las desigualdades también se encuentran presentes al interior del sector público. Las cifras de atención médica en el nivel primario y atención médica ambulatoria de especialidad orientan a importantes desigualdades territoriales en la provisión pública de servicios, incluso en una misma región como la Región Metropolitana. El hecho que las tasas de atención médica de nivel primario por mil usuarios de atención ambulatoria observadas para el programa infantil sean mayores que el estándar normativo ministerial, a diferencia de lo observado para el programa del adulto, pudiera no ser extraño si se considera el enorme énfasis que en Chile las políticas de gobierno pusieron en el área materno-infantil por muchas décadas. Sin embargo, hoy el perfil demográfico y epidemiológico del país ha cambiado (Albala & Vio, 1995; World Bank, 1994), lo que, de acuerdo a las brechas de atenciones por programa que encontramos en nuestro estudio, pareciera no estar obteniendo aún una adecuada respuesta en la red ambulatoria del sector público proveedor, lo que también fue sugerido en el estudio del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de 1998 (PNUD, 1998).

El análisis de las prestaciones hospitalarias vuelve a mostrar importantes diferencias territoriales, tanto para la atención quirúrgica como para los egresos en general. Los datos de egresos hospitalarios evidencian una importante desigualdad en el acceso a atención médica de alta complejidad en función del lugar de residencia. En el caso de los dos institutos de referencia nacional, el de Neurocirugía y el del Cáncer, la proporción más alta de egresos corresponde a personas con residencia en las comunas del Servicio de Salud en el cual dichos establecimientos están ubicados. Si se considera al conjunto de Servicios de la Región Metropolitana, la oferta real que se hace al resto del país no excede el 20%. Cabe señalar que, si bien la Región Metropolitana es la más po-

Figura 5

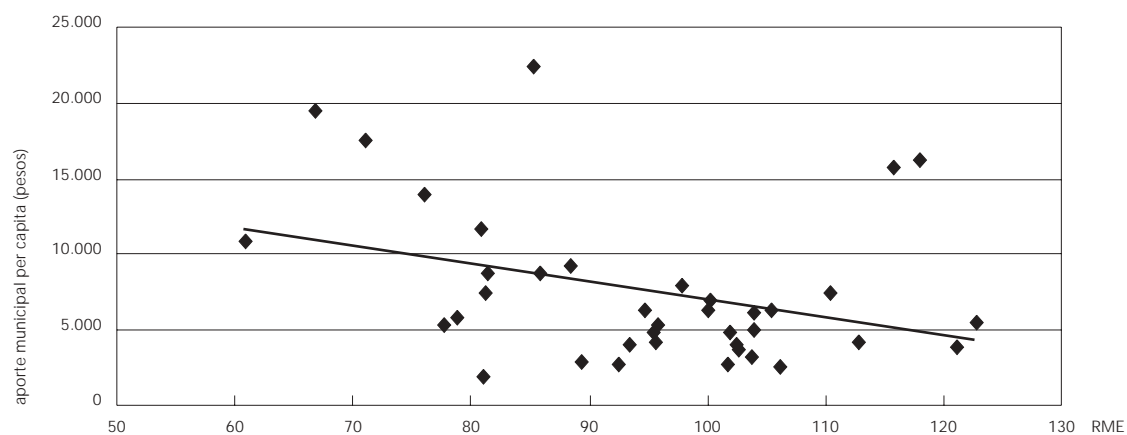
Relación entre asignación de recursos *per capita* de origen central (MINSAL) y razón de mortalidad estandarizada (RME). Comunas, Región Metropolitana, Chile, 1998.



Fuentes: Razones de mortalidad estandarizada. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.  
Aportes Financieros: Subsecretaría de Desarrollo Regional, Ministerio del Interior.

Figura 6

Relación entre asignación de recursos *per capita* de origen municipal y razón de mortalidad estandarizada (RME). Comunas, Región Metropolitana, Chile, 1998.



Fuentes: Razones de mortalidad estandarizada. Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud.  
Aportes Financieros: Subsecretaría de Desarrollo Regional, Ministerio del Interior.

blada de las regiones del país, su peso relativo es sólo del 40% de la población nacional, por lo cual persiste una importante desproporción respecto del porcentaje de egresos de pacientes con residencia en otras regiones.

La corrección de las desigualdades estructurales de la oferta no es fácil. En Chile la autoridad sanitaria nacional tiene funciones administradoras de la red proveedora pública, lo que se constituye en un factor que expone a la autoridad sanitaria a presiones de grupos de interés con mayor poder, debilitando su capacidad de racionalizar el funcionamiento del conjunto de la red asistencial (CLAISS, 1999; Solimano & Vergara, 2000).

La posibilidad de mejorar la información respecto a demanda mediante estudios poblacionales realizados de manera rutinaria aparece como una alternativa deseable, aunque todavía lejana en el contexto de la realidad chilena. Como fue advertido al describir la metodología del estudio, éste presenta la debilidad de estar basado en el comportamiento de la oferta, y las proyecciones sobre las cuales define brechas tienen el riesgo de reproducir las actuales desigualdades de la estructura de oferta. En términos estrictos, en la metodología del estudio de red asistencial efectuado en Chile, no hay determinación de la demanda actual ni futura. Sin embargo, en tanto no se usen otras metodologías para estimar demanda en forma regular y sostenible, nos parece sensato que la autoridad sanitaria haga uso de la información de oferta y, adecuándola, pueda apoyarse en ella para orientar sus decisiones, especialmente respecto de la planificación del desarrollo de las redes asistenciales. Es necesario destacar que, si bien esta metodología puede ser útil en un país como Chile, en el cual las coberturas básicas de atención médica son relativamente satisfactorias, no es necesariamente aplicable a otras realidades dentro de América Latina, con redes asistenciales menos estructuradas e importantes vacíos de cobertura.

El análisis de la asignación de recursos financieros es interesante, pues orienta hacia un dimensionamiento de los esfuerzos que hacen el gobierno central y el municipio. La información disponible entrega algunas luces respecto a la percepción que existe en la discusión pública en el sentido que el aporte municipal a salud estaría siendo un factor generador de inequidad. Desde una perspectiva de visión muy general y preliminar, podría señalarse que la información orientaría a que los municipios que destinan mayores aportes *per capita* a salud no serían de aquellas comunas con mayor necesidad. Por otro lado, parecería que los es-

fuerzos de asignación de recursos financieros desde el gobierno central, expresados en una fórmula de asignación progresiva y con sustento legal, (Larrañaga & Infante, 2000) estarían bien orientados, aunque probablemente sean insuficientes para corregir el impacto del aporte municipal. Los resultados de nuestro estudio no permiten un análisis más refinado.

## Conclusiones

El sistema de salud chileno es bastante heterogéneo, observándose importantes desigualdades entre el sector público y el privado, así como al interior del sector público.

La cobertura del aseguramiento presenta variaciones geográficas, así como de edad y género. La población adscrita a las aseguradoras privadas ISAPRE corresponde a población preferentemente urbana, de la Región Metropolitana, de sexo masculino y menor de 60 años, en tanto que el asegurador público, FONASA, brinda cobertura a poblaciones más pobres, envejecidas y con mayor proporción de ruralidad.

La atención médica de tipo ambulatoria y de hospitalización en el sector público proveedor también presenta importantes variaciones geográficas, las que a su vez estarían evidenciando variaciones en la composición de la oferta de las prestaciones de salud a lo largo del territorio nacional. Existen variaciones entre diferentes regiones de Chile, así como al interior de una misma región. El acceso a la atención hospitalaria de alta complejidad, medido éste como proporción de egresos según residencia del paciente egresado de establecimientos de referencia nacional, evidencia una mayor proporción de atención centrada en habitantes del territorio en el cual se ubica el establecimiento. Sólo aproximadamente un 20% de la capacidad productiva de los institutos de referencia nacional estaría siendo ofrecido al 60% de la población chilena que vive en regiones distintas de la Región Metropolitana, lo que representa un importante desequilibrio. En otras palabras, el perfil productivo de estos establecimientos correspondería más bien al de centros de referencia regional que nacional.

La información respecto a la asignación de recursos financieros para el nivel primario de atención que se deriva de nuestro estudio no es conclusiva. En términos muy generales y preliminares, podría sugerirse que los municipios que destinan mayores aportes *per capita* a salud no serían de aquellas comunas con mayor necesidad. También podría sugerirse que, aunque aparentemente bien orientados, los es-

fuerzas asignativas de recursos financieros que ha hecho el gobierno central probablemente sean insuficientes para corregir el impacto del aporte municipal.

La voluntad política de avanzar en la implementación de estrategias orientadas a mejorar el funcionamiento del sistema de salud pareciera ser hoy más fuerte que en años recientes. Un área de complejidad mayor de las propuestas de cambio que quieran impulsarse estará en los mecanismos que permitan articular de mejor modo a los sectores público y privado, tanto en el aseguramiento como en la provisión de servicios de atención médica, de manera que su adecuada complementación permita mejorar la respuesta global del sistema de salud a las necesidades de atención de la población.

El fortalecimiento de la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud resulta ineludible de manera de mejorar la rectoría sobre el conjunto del sistema, así como las estrategias y mecanismos específicos de regulación sobre los diferentes actores. En este sentido, respecto del sector privado asegurador, un tema que no se puede dejar de abordar es la introducción de cambios que impidan la discriminación de género y edad que hoy se observa. Con relación al sector público proveedor, probablemente el tema más sensible sea el dotar de autonomía de gestión a los establecimientos de salud para que éstos puedan ir adecuando sus factores productivos al tipo, calidad y cantidad de prestaciones que les demande la autoridad sanitaria en función de las necesidades de las poblaciones de sus respectivos territorios.

## Referencias

- ALBALA, C. & VIO, F., 1995. Epidemiological transition in Latin America: The case of Chile. *Public Health* 109:431-442.
- ARTEAGA, O., 1997, Reforming the Chilean health care system. *Eurohealth*, 3:26-28.
- CLAISS (Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud), 1999. *Análisis Conceptual de la Necesidad y Factibilidad de Introducir Mecanismos de Ajuste de Riesgo en el Contexto de Portabilidad de los Subsidios Públicos en el Sistema de Seguros de Salud de Chile*. Informe Final. Santiago de Chile: CLAISS.
- DINRED (División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial), 1997. *Estudio de Red Asistencial: Guía Metodológica*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- DINRED (División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial), 1999, *Sistematización de Estudios de Red Asistencial de Salud: Visión Nacional*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.
- GONZALEZ, C.; AGUILERA, X.; GUERRERO, A.; CHILD, V. & GEORGI, H., 2000. Indicadores comunales para el estudio de la desigualdad en salud. *Boletín de Vigilancia Epidemiológica de Chile – El Vigía*, 3:7-13.
- INFANTE, A.; DE LA MATA, I. & LOPEZ-ACUNA, D., 2000. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y tendencias. *Revista Panamericana de la Salud*, 8:13-20.
- JIMENEZ, J., 1991. Elementos para una política de salud: Problemas y desafíos del sistema de salud chileno. In: *Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia* (J. Jiménez, org.), pp: 193-201, Santiago de Chile: Ministerio de Salud/Editorial Atena.
- LARRAÑAGA, O. & INFANTE, A., 2000. *Descentralización de la Atención Primaria de Salud en Chile*. Santiago de Chile: Facultad de Economía y Administración, Universidad de Chile.
- LOYOLA, V. & VERGARA, M., 1994. Evolución histórica del sistema de salud. In: *La salud en Chile: Evolución y Perspectivas* (E. Miranda, org.), pp. 29-51. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos, Corporación de Promoción Universitaria.
- MASSAD, C., 1995. *Principios Orientadores para la Reforma de la Salud*. Documento de Trabajo 15/95. Santiago de Chile: Corporación de Promoción Universitaria.
- MINSAL (Ministerio de Salud), 2000. *Políticas de Salud y Metas Ministeriales 2000-2006*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

- MIRANDA, E., 1993. Aporte de las instituciones de salud previsual (ISAPRE) a la seguridad social. In: *Propuestas para el Rediseño del Sistema de Salud: Cuatro Temas Básicos* (G. Solimano, A. Telles & M. Vergara, org.), pp. 101-123, Santiago de Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales.
- MIRANDA, E., 1994. Descentralización y privatización del sistema de salud chileno. In: *La Salud en Chile: Evolución y Perspectivas* (E. Miranda, org.), pp. 53-109, Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos.
- MOONEY, G., 1983. Equity in health care: Confronting the confusion. *Journal of Public Health Medicine*, 14:236-249.
- OYARZO, C., 1991. Análisis crítico de las transformaciones financieras del sector salud en la década de los 80 y propuestas para una reforma. In: *Chile: Sistema de Salud en Transición a la Democracia* (J. Jiménez, org.), pp. 49-77, Santiago de Chile: Ministerio de Salud/Editorial Atena.
- OYARZO, C., 2000. La descentralización financiera en Chile en la década de los noventa. *Revista Panamericana de la Salud*, 8:72-82.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), 1998. *Desarrollo Humano en Chile – 1998: Las Paradojas de la Modernización*. Santiago de Chile: PNUD.
- ROEMER, M. I., 1991. National health systems of the world. In: *The Countries* (M. I. Roemer, ed.), pp. 351-357, v. 1. New York: Oxford University Press.
- SEREMI (Secretaría Regional Ministerial de Salud – Región Metropolitana), 1999. *Estudio de la Red Asistencial de Salud de la Región Metropolitana: Informe Final*. Santiago de Chile: SEREMI – Región Metropolitana.
- SOLIMANO, G. & VERGARA, M., 2000. Diseño de una política de salud para Chile: Una visión para el siglo XXI. *Revista Chilena de Salud Pública*, 4:35-57.
- WHITEHEAD, M., 1990. *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen: World Health Organization.
- WORLD BANK, 1994. *Chile: The Adult Health Policy Challenge*. Report 12681-CH. Washington DC: World Bank.
- WHO (World Health Organization), 1998. *Final Report of Meeting on Policy-Oriented Monitoring of Equity in Health and Health Care*. Geneva: WHO.

Recibido el 9 de abril de 2001

Versión final presentada el 9 de abril de 2001

Aprobado el 22 de octubre de 2001