

Atención médica e inequidad en Chile

Fecha: 24 de Julio de 2002

Índice

Introducción.....	3
Desarrollo:	
Cáp. 1: Antecedentes.....	4
Cáp. 2: Organización del Sector Salud Chileno.....	5
Cáp. 3: Sistemas Previsionales:	6
-3.1 ISAPRES.....	6
3.1.1 – Caracterización.....	6
3.1.2 – Financiamiento.....	7
-3.2 FONASA.....	7
3.2.1 – Caracterización.....	7
3.2.2 – Modalidad de atención y grupos.....	8
Cáp 4: Desigualdades en la atención de salud.....	9
Conclusiones.....	11
Anexos.....	12
Bibliografía.....	17

Introducción

En este trabajo se expone sobre la inequidad en la salud, específicamente en la atención médica dependiendo de los sistemas de previsión en Chile, durante los últimos años.

Nuestra metodología de trabajo se inició con búsquedas en Internet, entre las cuales recurrimos a las diferentes páginas del gobierno y sus ministerios, a reportajes sobre el tema en diarios nacionales, a la página de FONASA y a diversos estudios sobre la materia. También obtuvimos información a través de Documentos Sociales de MIDEPLAN, encontrados en la biblioteca de la Universidad Católica. Algunas de estas fuentes bibliográficas son más antiguas, respecto al tiempo en el que está basado este trabajo.

Al obtener toda la información, realizamos un barrido bibliográfico conservando solo la información relacionada con nuestra hipótesis:

Existe desigualdad en el acceso a la atención médica entre los afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)

Queremos comenzar con la distinción entre los conceptos de salud y atención médica.

La salud es –en la definición de la OMS– el estado de bienestar material, espiritual, emocional y social de una persona y está dado no sólo por la carencia de enfermedad, sino por la manera en que el país le permite lograr ese estado de bienestar. Ello considera los parámetros ambientales, económicos, sociales, culturales, sanitarios, educacionales, de justicia distributiva de acceso a los bienes materiales, etc.

La atención médica y la forma en que ésta se implementa es la manera en que una sociedad responde a ese estado de indefensión en que una persona queda cuando pierde la salud. En nuestro concepto, éste es el punto central que queremos enfrentar (...) porque es el elemento más crucial que un ser humano enfrenta. Por lo tanto, su correcta, oportuna, eficiente e igualitaria atención es un derecho que se tiene por el mero hecho de pertenecer a una sociedad. No es un derecho que se gana porque se tiene más o menos dinero.

El tema de la salud, y mas específicamente el de la atención medica, ha sido una de las preocupaciones ciudadanas permanentes, expresado en las encuestas de opinión publica de los últimos años y que en la ultima elección presidencial concitó un enorme interés. El debate surgido sobre las vías y formas para enfrentar la demanda de mejor salud de la población ha sido restringido y poco esclarecedor de las medidas que realmente representen una modificación de la situación actual.

Desarrollo

1. Antecedentes

Desde 1974 el modelo político-económico imperante hasta la fecha que había estimulado el fuerte predominio estatal en la atención en salud, así como en casi todas las actividades del país, se reemplaza por uno drásticamente opuesto.

La raíz del problema de salud está en la concepción neoliberal de la reforma de 1980. Esta reforma consideraba el traspaso de la atención médica desde el sector público al privado, para lo cual se descentralizaron los servicios de salud, entregándose el primer nivel de atención a las municipalidades, las que dejaron en manos de corporaciones privadas su administración. También se crearon las Instituciones de Salud Previsional o sistema ISAPRE mediante el DFL 3 de la Junta de Gobierno de 1981. Como se suponía que la inversión en salud vendría en el futuro de los privados, se dejó de invertir en el sistema hospitalario, tanto en infraestructura y tecnología como en el pago de su personal, incluidos los médicos, manteniéndose sólo el financiamiento del primer nivel de atención (consultorios y postas) a través de las municipalidades, lo que de paso desarticuló la red asistencial pública. Como consecuencia de lo anterior, se produjo un retraso tecnológico en los hospitales, situación que unida a los bajos salarios ya no significó un estímulo para permanecer en ellos.

Todo esto llevó a que el gasto en salud se fuera paulatina y proporcionalmente traspasando del Estado a las personas en la medida de su capacidad económica.

Al asumir el primer gobierno de la Concertación se incrementó el gasto, el que fue dirigido a reparar el daño en infraestructura y aumentar los bajísimos salarios del personal de salud. Sin embargo esto no fue suficiente y el gobierno se vio enfrentado a sucesivos paros en el sector, el más importante de los cuales fue el que afectó a los servicios de urgencia en 1992. Los acuerdos de dicho paro significaron un incremento substancial en los salarios de los médicos de urgencia, financiado con fondos destinados a la atención primaria de salud. Lo que no se arregló entonces fue la situación del resto de los médicos que trabajaban en

hospitales, cuyos sueldos continuaron siendo bajos, lo cual dio como resultado que la falta de especialistas se mantuviese e incluso se agravara.

2.Organización del sector salud chileno

El sector salud chileno tiene cuatro niveles estructurales.

- El primer nivel es el de regulación, corresponde al Ministerio de Salud.
- El segundo nivel, el de las fuentes de financiamiento, tiene tres estamentos: el fisco, los asalariados y las empresas.
- El tercer nivel es el de los seguros, con cuatro sectores:
 - El de las Fuerzas Armadas, que cubre entre 3 y 4 % de la población
 - El de FONASA con 66,5% de cobertura;
 - El de ISAPRE con 19,8%
 - El de las mutuales, que incide en varias instancias de la provisión de los servicios de salud.

Las instancias aseguradoras de las Fuerzas Armadas y el FONASA pertenecen al sector público y reciben financiamiento del fisco y de los asalariados por la vía del 7%. Las ISAPRE y las mutuales pertenecen al sector privado y se financian, por una parte, también de los asalariados, mientras que las mutuales se financian por las empresas con el descuento del 0.9%.

La mayoría de la población del país está afiliada al sistema público de salud.

Al referirnos a un 66,5 % de la población que se declaraba afiliado al sistema público de salud estamos hablando de casi 10 millones de personas y un 19,8 % adherido al sistema de las Instituciones de Salud Previsional ISAPRE lo que corresponde aproximadamente a 3 millones de personas.

Dentro de este nivel es necesario mencionar a los particulares (los que no tienen ningún sistema de previsión y pagan todo de su propio bolsillo), los que en el año 2000 representaban a un 9,7 % de la población.

–El cuarto nivel es el de la provisión de los servicios. Por una parte está el sector público, que cuenta con los hospitales de las Fuerzas Armadas y del SNSS y los consultorios de atención ambulatoria. Por otra parte está el sector privado con sus clínicas y consultas médicas y las mutuales con las clínicas de Accidentes del Trabajo y de Enfermedades Profesionales (ATEP).

Según el Ministerio de Salud, en 1999 el país contaba con 276 consultorios generales urbanos, 160 rurales, 104 adosados a hospitales y 1.106 postas de salud rural, con un total de 1.646 establecimientos, de los cuales el 90 % es administrado por los municipios. Asimismo, un total de 78 consultorios urbanos sobrepasan la norma de 40 mil beneficiarios asignados, siendo la Región Metropolitana la más crítica.

3.SISTEMAS PREVISIONALES DE SALUD

Todo trabajador dependiente, activo o pasivo, tiene la obligación legal de cotizar en algún sistema previsional de salud, el que puede ser público (Fuerzas Armadas y FONASA) o privado (ISAPRE y las mutuales). Los trabajadores independientes también pueden adscribirse a cualquiera de los sistemas existentes en calidad de cotizantes voluntarios. En este capítulo hablaremos de las dos sistemas previsionales más importantes en Chile; ISAPRE y FONASA.

3.1 –ISAPRES

Una de las principales modernizaciones que los inversionistas destacan del gobierno militar de Chile (1973 – 1990) ha sido la privatización de la salud. En el país, el sistema es conocido como Isapres (Instituciones de Salud Previsional)

3.1.1 – CARACTERIZACIÓN

Las Isapres corresponden a un sistema de seguro privado creado en 1981 en virtud de la dictación del D.F.L 3 del Ministerio de Salud. Están constituidas por empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas. No tienen la obligación de otorgar directamente las prestaciones, las que en general son provistas por profesionales y establecimientos privados. Los beneficios que se otorgan guardan directa relación con los aportes de cada individuo (cotización obligatoria y adicional), estableciéndose en contratos anuales cuyos precios varían de acuerdo a las características del plan planteado, número de cargas, edad y sexo de los beneficiarios.

Así se reconoció la libertad y capacidad de las personas para optar al Sistema de salud de su preferencia.

Según el Presidente del Departamento de Salud Pública :*Ofrecen planes de atención curativa, con muy poca transparencia para el usuario por su alto número, también financian licencias médicas, con una política permanente de reducción y rechazo de ellas, no efectúan atención preventiva y discriminan en contra de los afiliados con mayor riesgo de salud, ancianos, mujeres, enfermos crónicos.*

3.1.2 – FINANCIAMIENTO

Funcionan con un sistema en el que cada trabajador contratado debe descontar de su sueldo un 7%, el que se destina a una entidad de salud que le asegura diversas maneras de protección. La entidad privada a la que el trabajador le destina el porcentaje, la elige él mismo y el cambio de una a otra es un trámite fácil, lo que –además– ha estimulado una verdadera dinámica de cambios de unas instituciones a otras.

Se financiaban recibiendo la cotización adicional (2%) de algunos afiliados de bajos recursos, esta cotización era un subsidio indirecto del estado y fue eliminado después de la única reforma planteada (la ley FONASA), que le da mayor autonomía financiera y administrativa a esta entidad y pone fin a este subsidio.

Reciben una cotización voluntaria para financiar el "seguro de enfermedades catastróficas" y también reciben subsidios indirectos (atención urgencia, vacunas, educación, etc.)

Según las ISAPRES, su sistema *ha contribuido al desarrollo global del sector salud en Chile, descongestionando al sector público y permitiéndole a éste, por tanto, centrar sus esfuerzos en las personas de más bajos recursos.*

A la fecha las isapres están compuestas por 36 instituciones, concentrando a la población de mayores recursos sin variaciones durante los últimos años

3.2.FONASA

3.2.1 – CARACTERIZACIÓN:

El Fondo Nacional de Salud, nace como continuador legal del Servicio Nacional de Empleados (SERMENA), el 3 de agosto de 1979, en el contexto de la reestructuración del Sector Público de Salud .

FONASA integra el SNSS y está sometido a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del

Ministerio de Salud.

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo.

3.2.2 – MODALIDAD DE ATENCIÓN Y GRUPOS

Los cotizantes de esta previsión y sus cargas familiares tienen dos opciones para obtener atención de salud: (Los individuos clasificados como carentes de recursos solo pueden recibir atención en modalidad institucional)

Modalidad Institucional: Atención directa en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y consultorios de administración delegada en los municipios.

Modalidad Libre Elección: Donde fundamentalmente se recibe atención de prestadores privados adscritos al FONASA (Profesionales y establecimientos). También se incluye en esta categoría el uso de pensionados de los establecimientos estatales. Los prestadores se pueden inscribir en uno de tres niveles de tarifas, siendo el más bajo el nivel 1.

Las personas se clasifican en 4 grupos de acuerdo a su nivel de ingresos, lo que determina el porcentaje del valor de las prestaciones, que debe ser cancelado directamente por el usuario al recibir atención en establecimientos públicos (Modalidad Institucional). En 1990 regían los siguientes tramos:

- Grupo A: Indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales y causantes de SUF.
- Grupo B: Cotizantes con ingreso imponible menor o igual a \$ 30.441
- Grupo C: Afiliados con ingreso superior a \$30.441, pero que no excede los \$47.563
- Grupo D: Cotizantes con ingreso imponible superior a \$47.563.

En modalidad Institucional, los usuarios clasificados en grupo A y B, reciben atención gratuita; los del grupo C y D reciben atención primaria gratuita, pero los restantes niveles de atención deben cancelar un 25% y un 50% del valor de las prestaciones, respectivamente.

En la modalidad Libre elección, la parte bonificada por el sistema alcanza el 50% del arancel nivel 1 en casi todas las prestaciones, excepto consultas y atención del parto en que el beneficio es mayor. En este caso el co-pago es función del nivel de tarifa en que está inscrito el prestador que se elige, no de la renta de las personas

Con esto se puede señalar que el grupo de trabajadores afiliados a FONASA, son los de menor recurso en su mayoría, sin variaciones durante los últimos años.

4. desigualdades en la atención de salud

En Chile, hay muchas desigualdades en la salud.

La mortalidad infantil, por 10 mil, en Vitacura es muy baja 2.62, en la misma ciudad de Santiago, en la comuna de Independencia es 7 veces más alta: 14.59 y que en Puerto Saavedra es cerca de 20 veces mayor: 42.25

El riesgo de morir en la población según la ocupación también es desigual. El riesgo de los trabajadores manuales y conductores (450 por 100 mil) es 5 veces mayor que los profesionales, técnicos y directivos (90

por 100 mil).

También hay desigualdad en la tasa de mortalidad infantil según los años de estudios aprobados de la madre. A mayor escolaridad disminuye la mortalidad, siendo más significativa la diferencia en las muertes por traumatismos y por enfermedades respiratorias.

Existe inequidad en la mayoría de las prestaciones de salud. Excepto en las actividades de prevención entregados por el sistema público y las urgencias, en todo el resto, a mayores ingresos, mayor número de atenciones, particularmente en la atención dental (es de más alto costo), y la mayor disponibilidad de horas de especialidades está en el sector privado (la mayoría de los médicos especialistas atienden a la minoría de la población de más altos ingresos). En 1999, dos tercios de las horas médicas fueron para el sistema privado que cubre sólo un tercio de la población.

El sistema público atiende el 70% de la población con la mitad del financiamiento per cápita y ese 70% es mayoritariamente pobre, ancianos y niños de alta morbilidad, mientras que el sector privado, con el doble del financiamiento per cápita, atiende un universo mayoritariamente joven y de morbilidad menor, de los más altos ingresos del país.

Al observar la totalidad de afiliados a FONASA y a ISAPRES, se ve que por encima del grupo etario de 45–59 años aumenta la población FONASA y disminuye la de ISAPRE porque éstas seleccionan la población más joven que enferma menos. Por otra parte, el sistema privado de ISAPRE concentra a la población de mayores ingresos, que por cierto es la minoría, porque la mayoría está en FONASA; y también esa mayoría es la de menores ingresos.

Al hablar de la mayoría de menores ingresos afiliados a FONASA, es necesario mencionar que a estos se les suman problemas de salud asociados a la pobreza, como sobrepeso, obesidad, enfermedades crónicas y degenerativas, algunos tipos de cáncer, enfermedades infecciosas y parasitarias y otras, como el TBC (tuberculosis), que tiene el doble de mortalidad y el triple de morbilidad que donde hay menos pobres.

La población usuaria del sistema público es mayor que la beneficiaria debido a los subsidios cruzados que existen en la atención especialmente de urgencias y de hospitalización, donde beneficiarios de las Isapres se atienden en la red pública.

El fenómeno de riesgo moral opera con mayor fuerza en el sector privado y la selección adversa ocurre fundamentalmente en contra del sector público.

Encontramos también desigualdad en el financiamiento. El sistema ISAPRE recauda 60% de los ingresos del sistema vía cotizaciones obligatorias: dispone del 37.13% del total de ingresos para atender al 23 % de la población.

Al ver la disponibilidad de recursos nos encontramos con que el gasto anual per cápita del sector público de salud durante 1999 fue de 21 dólares, en cambio el gasto del sector privado fue de 500 dólares.

Por último quisiéramos terminar este capítulo con las palabras de el presidente Ricardo Lagos, en un encuentro con trabajadores de la salud, realizado el día 3 de octubre del año 1999 en el Hospital Barros Luco de Santiago señaló:

En salud no hay igualdad, a pesar de los grandes avances en los últimos años. Tenemos una salud para ricos y otra para pobres. Mientras en comunas acomodadas se alcanzan expectativas de vida de más de 80 años y la mortalidad infantil es cercana a 3 por mil nacidos vivos, pudiendo fácilmente acceder a la atención médica de alta calidad, otros sectores del país tienen grandes dificultades para acceder a la atención en salud; tienen una expectativa de vida 20 años menor e indicadores de salud similares a muchos países pobres del tercer mundo. No es éticamente aceptable que muchos chilenos deban vivir 20 años menos, sólo por su condición modesta y bajo nivel educativo, o tener una mortalidad infantil 10 veces superior que el resto de los chilenos

CONCLUSIONES

Después de realizar este trabajo con el fin de verificar nuestra hipótesis (Existe desigualdad en la atención médica entre los afiliados al Fondo Nacional de Salud (FONASA) y a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)) hemos concluido que:

- La población beneficiaria de FONASA es en su mayoría de edad avanzada y de escasos recursos lo que conlleva a una mayor cantidad de enfermedades asociadas a la pobreza (obesidad, enfermedades infecciosas y parasitarias, crónicas y degenerativas y otras), las que no cuentan con los medios necesarios para ser atendidas debido a una menor infraestructura y cantidad de profesionales.
 - Los afiliados a ISAPRES cuentan con mayores beneficios ya que:
 - estas son reguladas por la competencia y el mercado, y no se ven regidos por un marco rígido como es el caso de FONASA.
 - A pesar de tener una menor población, cuentan con mayores recursos para acaparar profesionales, sobretodo médicos especialistas, y generar una mayor y mejor infraestructura (por ejemplo, en 1999 dos tercios de las horas médicas fueron para el sistema privado, que cubre solo un tercio de la población).
3. El gasto per cápita en salud pública es notoriamente menor que en el sector privado y el financiamiento de las ISAPRES es mayor que el de FONASA.

Después de estas conclusiones en base del desarrollo anteriormente realizado consideramos nuestra hipótesis válida.

Cuadro 1
Distribución de la población según sistema previsional de salud
1990-2000
(Porcentaje)

Sistema de salud	Años					
	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Público	67,6	62,6	63,4	59,6	61,9	66,5
FF.AA	2,5	2,7	2,7	3,1	2,9	3,1
ISAPRE	15,1	20,0	23,7	24,7	23,0	19,8
Particular*	12,0	12,3	8,0	11,0	10,9	9,7
Otro sistema	1,5	0,8	0,9	0,5	0,3	0,4
No sabe	1,4	1,6	1,3	1,0	0,9	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Particular es el que no tiene ningún sistema de previsión y paga todo de su propio bolsillo.
Fuente: MIDEPLAN, Encuestas CASEN 1990-2000.

ANEXO N°3

FUENTE: Asociación de Isapres y FONASA, 1994

ANEXO N° 4

BIBLIOGRAFÍA

En Internet:

*<http://www.tercera.cl/diario/2000/05/21/t-21.20.3a.CRO.PRODUCTIVI.html>.

Durán, Víctor Hugo: Productividad médica en consultorios es peor que en hospitales públicos

*<http://www.colegiomedico.cl/dptos/depsppg.htm>.

Giaconi G., Juan y Oliveros C., Rubaldo Los médicos y las isapres

*http://www.rms.cl/Numeros_anteriores/rms_16/analisis_opiniones.htm

Infante Roldán, Sergio: La Salud desigual en Chile

*<http://www.isapre.cl/index2.htm>

ISAPRE

*<http://www.derechoschile.com/espanol/perfil.htm>

Ramirez, Apolonia: "La Salud Previsonal Hoy en Chile"

*http://www.rms.cl/rms_18/anyop_rms18_reforma_salud.htm

Colegio Médico. Políticas de Salud para Chile, nuestra visión

* http://www.chile-hoy.de/sociedad/310501_salud.htm

Ruiz – Esquide, Mariano: Reforma: Una Necesidad para la Equidad en Salud

*http://www.chile-hoy.de/sociedad/270200_salud_en_el_nuevo_gobierno.htm

Vio, Fernando: Salud en el nuevo Gobierno

*http://www.rms.cl/rms_18/anyop_rms18_reforma_salud.htm

Peppers, Susana: Propuestas para una reforma en salud, Mayo 2001

*<http://www.geocities.com/CollegePark/Library/2707/front.html>

Pereda–Madrid, Claudio. Negocio Redondo

*<http://www.fonasa.gov.cl>

Información institucional, Historia de FONASA, Naturaleza y Características de la Institución

*<http://www.mundomed.net/colmedico/publicac/polsalud/diagnos.html>

Colegio Médico. Políticas de Salud para Chile, nuestra visión

*<http://www.mideplan.cl>

Gobierno de Chile Ministerio de Planificación y Cooperación: Situación de salud 2000 Santiago de Chile, Agosto 2001

En Libros:

*Centro de Estudios Públicos: La salud en el Siglo XXI, Cambios Necesarios, Santiago de Chile, Abril de 1995

*MIDEPLAN, Documentos Sociales: Los sistemas previsionales de Salud. Cobertura y Perfil de los beneficiarios, Santiago, diciembre de 1991

Ruiz-Esquide, Mariano. Reforma: Una necesidad para equidad en salud.

Sergio Infante Roldán, La salud desigual en Chile.

.

Centro de Estudios Públicos. La salud en el Siglo XXI p. 157

Vio, Fernando Salud en el nuevo gobierno

Vio, Fernando Salud en el nuevo gobierno

Ver Anexo 0

Anexo 1

Peppers, Susana Sistema de Salud en Chile: Propuestas para una Reforma en Salud y www.mideplan.cl Situación de Salud 2000, Informe Ejecutivo

Durán, Víctor Hugo. Productividad médica en consultorios es peor que en hospitales públicos La tercera

Documentos Sociales de Mideplan. Los Sistemas previsionales de salud. Cobertura y perfil de los beneficiarios. Y

Documentos Sociales de Mideplan. Los Sistemas previsionales de salud. Cobertura y perfil de los beneficiarios.

Giaconi G., Juan y Oliveros C., Rubaldo Los médicos y las isapres

Pereda-Madrid, Claudio. Negocio Redondo

Vio, Fernando Salud en el nuevo gobierno y Giaconi G., Juan y Oliveros C., Rubaldo Los médicos y las isapres

Giaconi G., Juan y Oliveros C., Rubaldo Los médicos y las isapres

<http://www.isapre.cl/index2.htm>

Ver anexo n°2

www.fonasa.gov.cl

Documentos Sociales de Mideplan. Los Sistemas previsionales de salud. Cobertura y perfil de los beneficiarios.

Anexo N° 3

Anexo n° 5

Peppers, Susana Sistema de Salud en Chile: Propuestas para una Reforma en Salud

Peppers, Susana Sistema de Salud en Chile: Propuestas para una Reforma en Salud

Ruiz-Esquide, Mariano. Reforma: Una necesidad para equidad en salud.

Anexo n°4

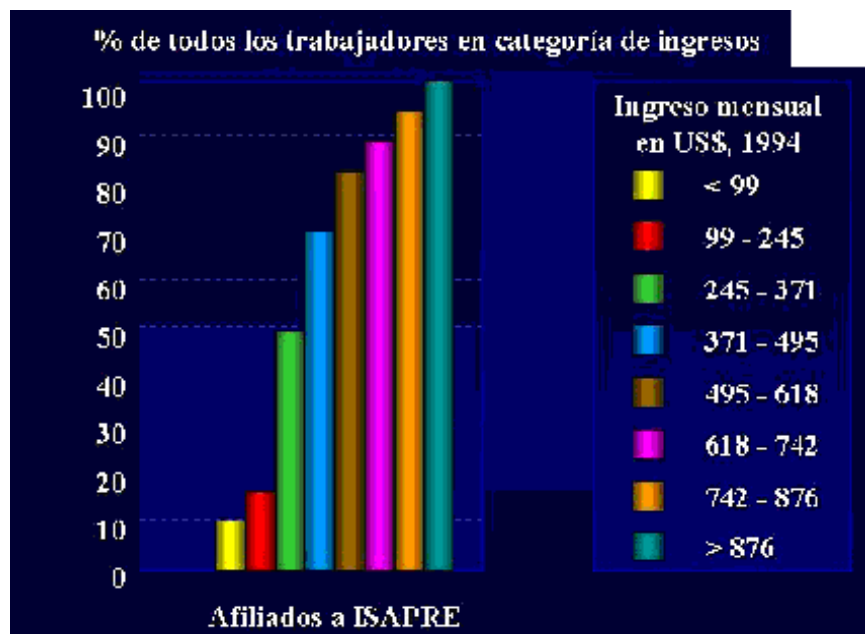
Colegio Médico. Políticas de Salud para Chile, nuestra visión

Peppers, Susana Sistema de Salud en Chile: Propuestas para una Reforma en Salud

Infante Roldán, Sergio. La salud desigual

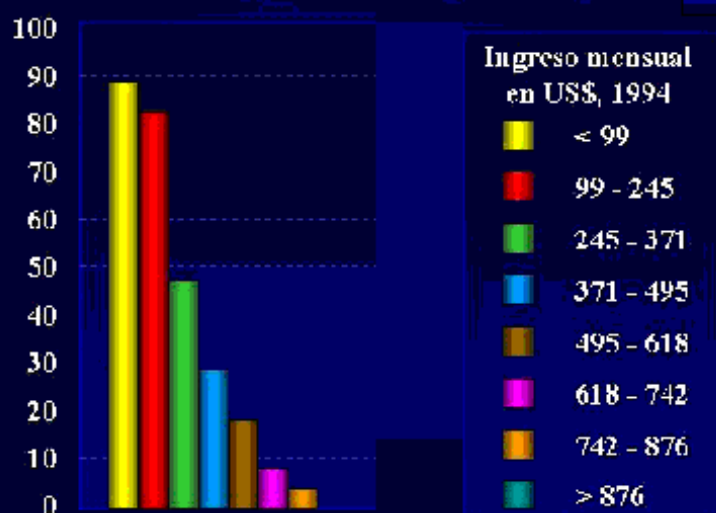
1

18



POBLACIÓN DE FONASA (1994)

% de todos los trabajadores en categoría de ingresos



Afiliados a FONASA