IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

UNIDAD I
Contexto del actual sistema de salud pública en Chile

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, es decir, contempla la participación de entidades públicas y privadas.

El sistema de salud chileno está encabezado por el Ministerio de Salud, que cumple el rol de entidad central encargada de supervisar el cumplimiento de la normativa. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) incluye al Ministerio así como a sus organismos dependientes: el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la Superintendencia de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile, la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y la Secretaría Regional Ministerial de Salud, entre otras.

Durante el siglo pasado, el Estado comenzó a intervenir en los problemas de salud pública debido a los altos niveles de mortalidad en relación a otros países de la región. Entonces, la salud pública comenzó a ser parte de la agenda pública y relevante en la toma de decisiones.

Ideas fuerza

El sistema de salud en Chile está integrado por un conjunto de entidades públicas y privadas que se relacionan en distintos niveles con el objetivo de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, en el ámbito individual y colectivo.

La organización de los establecimientos de salud en Chile distingue tres niveles de atención con sus respectivas unidades en la red pública, dependientes de los Servicios de Salud: La Atención Primaria de Salud (APS), la atención secundaria y la atención terciaria.

Entre 1920 y 1970, el Estado expandió su influencia sobre las condiciones de vida de la población chilena, a través de nuevas instituciones sociales y el aumento del gasto público, lo que se conoce como el Estado de Bienestar Social.

1. SISTEMA DE SALUD PÚBLICA EN CHILE

Para la Organización Mundial de la Salud (2000): Un sistema de salud se define como el conjunto de recursos actores o instituciones relacionadas con el financiamiento, regulación y provisión de acciones, cuyo propósito primordial es mantener la salud.

El sistema de salud en Chile está integrado por un conjunto de entidades públicas y privadas a nivel nacional, que directa o indirectamente se relacionan con el objetivo de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, en el ámbito individual y colectivo. Este sistema ha tenido un desarrollo histórico sostenido, que se inicia en la época colonial y mantiene su desarrollo hasta configurar una estructura compleja cuyo dinámico funcionamiento se da a través de múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) incluye al Ministerio, que corresponde a la entidad central responsable de la supervisión de distintos organismos dependientes. Todo recinto hospitalario en el país, tanto público como privado, se encuentra bajo la fiscalización de la Superintendencia de Salud de Chile, misma entidad que otorga las acreditaciones y certificaciones pertinentes para el debido funcionamiento de éstos.

La atención de salud de los chilenos está a cargo de un sistema público y privado. FONASA es el ente financiero encargado de administrar los fondos estatales destinados a salud. Además del SNSS, existen otras instituciones del sector público que cuentan con sistemas propios de salud que atienden a su personal y cargas familiares como las Fuerzas Armadas y Carabineros. El sector privado está representado a través de las ISAPRES.

El acceso a la salud es el componente fundamental para el bienestar social, por ello es un factor indicador de desarrollo y reconocido a nivel internacional como un Derecho Humano, y a nivel de la legislación chilena, como un derecho fundamental que se refleja en la Constitución Política de Chile, a través de la garantía que asume el Estado de disponer una atención en salud “libre” e “igualitaria” para toda la población. En el sistema de salud chileno, al ser mixto, actúan separadamente dos sectores encargados de administrar y entregar las actividades sanitarias del país: el sector público y el sector privado.

Los indicadores globales de Chile le permiten ser considerado como un país emergente en el ámbito socioeconómico y de desarrollo humano, principalmente debido al nivel de salud

alcanzado, lo que se refleja en aspectos como el aumento de la expectativa de vida al nacer, reducción de la mortalidad materna e infantil, y enfermedades transmisibles (controlables con vacunas y medidas preventorias).

Una mirada distinta es la que propone Lalonde (1974) quien sostiene que son los determinantes sociales de la salud, que pueden ser entendidos como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, los que impactan sobre la salud por sobre las medidas que considere el Estado como un aporte a la agenda pública.

Figura 1

(**Fuente**: Extraído en febrero de 2016 de la World Wide Web: https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde/

1.1 Organización de los establecimientos de salud en Chile

La organización de los establecimientos de salud en Chile distingue tres niveles de atención con sus respectivas unidades en la red pública, dependientes de los Servicios de Salud.

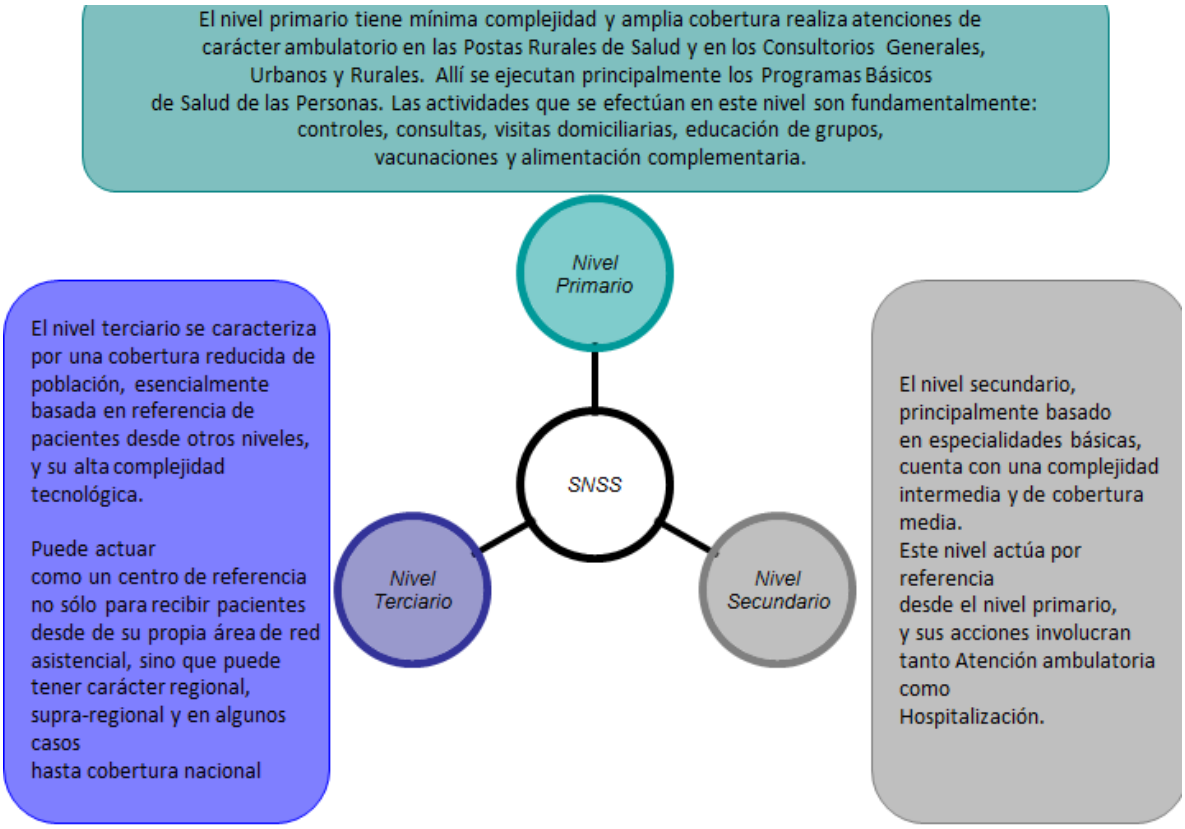
El nivel primario (APS) tiene mínima complejidad y amplia cobertura ya que realiza atenciones de carácter ambulatorio en las postas y consultorios, urbanos y rurales. Allí se ejecutan principalmente los programas básicos de salud de las personas. Para su funcionamiento hay disponibles medios simples de diagnóstico y el tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir. En este caso abarca desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración. Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria. La importancia radica en que representa el primer nivel de contacto con los pacientes y su entorno. Otorga una atención centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, se le denomina Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, pues busca prevenir la enfermedad.

La Atención Secundaria de Salud, se caracteriza por ser referencia para la Atención Primaria, y los recursos que permiten satisfacer las demandas son más complejos. Específicamente, se caracteriza por dar atención ambulatoria (abierta) y Hospitalaria (cerrada), brinda actividades de recuperación y rehabilitación de pacientes más complejos, a través de un tratamiento especializado y eventualmente una internación por varios días, cuenta con más personal y dotación de médicos generales y de médicos especialistas, también cuenta con tecnología de especialidad.

El nivel terciario se caracteriza por una cobertura reducida de población, esencialmente basada en referencia de pacientes derivados desde otros niveles, y su alta complejidad tecnológica. Puede actuar como un centro de referencia no sólo para recibir pacientes desde de su propia área de red asistencial, sino que puede tener carácter regional y en algunos casos hasta cobertura nacional (como institutos de especialidades). Aunque estos establecimientos hospitalarios realizan actividades de alta complejidad, en general también realizan atención de nivel secundario pues cubren problemas de demanda a nivel secundario. Al igual que en el nivel anterior, en este nivel corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización.

Sus recursos humanos son de alta especialización y los elementos de apoyo clínico para diagnóstico y terapia son de mayor complejidad técnica. La Atención Terciaria de Salud, corresponde a la resolución de los problemas que sobrepasan la capacidad resolutiva de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia para la derivación de pacientes de su área de influencia más inmediata, como así también de áreas de carácter regional y en oportunidades nacional.

Figura 2



(**Fuente**: Elaboración propia)

La red asistencial se organiza en niveles de diversa complejidad de acuerdo a la normativa vigente. La estructura está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio de Salud, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio, y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con dicho Servicio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población (Ley N°19.937, 2004).

2. HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA EN CHILE

El proceso de urbanización e industrialización en Chile se origina en la conquista española con la fundación de ciudades. Al comienzo en la vida urbana en Chile comienza en el siglo XVIII, con la creación de la mayoría de los núcleos poblaciones que más tarde darían origen a las actuales ciudades; el proceso de urbanización se vio marcado por cinco etapas. La primera, (1865-1895) en que la población tiende a concentrarse en ciudades pequeñas.

Lo anterior dejó en evidencia ciertos problemas sociales al descubierto, especialmente en lo que respecta a la salud de la población. Las condiciones de vida, a raíz de la falta de viviendas y a las condiciones del entorno urbano inadecuado afectaban directamente la calidad de vida y aumentó la mortalidad de la población. Así, los problemas de salud se convirtieron en un tema que rápidamente se posiciona en la agenda pública. Además la inhabilidad de los trabajadores por enfermedad o muerte implicaba una menor fuerza de trabajo y pérdida de producción económica. La filantropía y la caridad fueron uno de los pilares fundamentales de la idea de salud pública en la sociedad chilena hacia principios del siglo XX.

El Estado comenzó a intervenir en los problemas de salud pública pues en Chile se observaban altos niveles de mortalidad en relación a otros países de la región. De esta manera, la caridad quedó atrás para dar paso a una nueva visión de la salud pública que se expresaba en la acción del Estado Benefactor y la Asistencia Social. Así, el Estado se hace presente para hacerse cargo de la salud de la población, dando origen a un régimen público y colectivo, donde el Estado se hizo progresivamente cargo de los problemas de enfermedad y salud. En 1924 se decretó la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social, que implicó plasmar el carácter estatal que de la salud pública

Respecto de los avances médicos, hasta mediados del siglo XIX, el desarrollo de la medicina en Chile era escaso. Con la creación de la Universidad de Chile se produjo un creciente aumento de los médicos en el país y la modernización de esa profesión al asumir y practicar los postulados científicos y positivistas provenientes de Europa. Con la valoración del ejercicio profesional se formó una condición del cual el Estado obtendría el capital humano que necesitaba para llevar a cabo las reformas que requería el fortalecimiento del sistema de salud (Memoria Chilena, 2012)

Las condiciones ambientales iniciales de los asentamientos humanos en Chile hicieron prácticamente imposible la disminución de los indicadores negativos de salud, a pesar de las medidas adoptadas por el Estado a pesar de la formación de profesionales en el ámbito de la medicina y la construcción de un sistema de salud pública basado en hospitales. Se demostró que era más efectivo atacar las causas de las enfermedades más que sanar sus consecuencias, impulsando políticas enfocadas a la prevención, por lo tanto se hizo evidente la necesidad de invertir en obras de saneamiento urbano e higiene pública.

2.1. Inicios de la Urbanización

El desarrollo del sistema de salud en Chile data desde tiempos de la Colonia (mediados del siglo XVI) y desde entonces se ha desarrollado hasta llegar a configurar la estructura actual, constituida por múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado, que en su conjunto alcanzan una alta cobertura nacional en el ámbito financiero, previsional y asistencial y cubrir así la atención de salud

Durante el último tercio del siglo XIX y la primera mitad del XX, Chile experimentó un fenómeno migratorio hacia los centros urbanos. Sus causas estuvieron relacionadas con factores económicos. En primer lugar, a partir de 1850 comenzó a experimentar el sistema primario exportador, basado en la producción de trigo y plata. En segundo lugar, se inició un sostenido crecimiento minero en función de nuevas actividades, fundamentalmente el salitre y el cobre, en detrimento de los productos señalados. Para la explotación del salitre, la población empezó a concentrarse en pequeños núcleos urbanos del norte grande: las oficinas salitreras. Además, aumentaron los habitantes en los puertos de salida del mineral. En el caso de la agricultura, los grandes propietarios del valle central iniciaron un proceso de expansión y modernización, para cultivar sus tierras a costa de los pequeños y medianos productores, que fueron expulsados o empeoraron sus ya precarias condiciones de vida (Memoria Chilena, 2015).

Ambos fenómenos impulsaron el crecimiento de la inversión extranjera y nacional, permitiendo que el Estado incrementara su tamaño y funciones. A principios del siglo XX, el país inició un proceso de industrialización en algunas provincias, sin embargo la acumulación de capital se concentró sólo en grandes ciudades, especialmente en Santiago, por lo que éstos fueron creciendo a una tasa más elevada que el resto del país. Fue gracias al crecimiento y desarrollo de las urbes que la demanda por mano de obra calificada para

nuevos servicios transformó en polo de atracción laboral en actividades tales como la construcción de obras públicas, el servicio doméstico, el empleo público y el servicio militar.

Este fenómeno, asociado al surgimiento de economías de escala a nivel nacional, fomentó la especialización productiva, que muchos migrantes apreciaron como una gran oportunidad laboral. En las ciudades de pequeño o mediano tamaño se desarrolló una migración heterogénea y fluctuante, lo que provocó un fenómeno de sobrepoblación y saturación de la infraestructura urbana, surgiendo el problema del acceso a viviendas y hacinamiento.

En consecuencia, muchos emigraron por falta de trabajo o poca capacitación laboral; mientras otros, por una búsqueda de ascenso social. La migración campo ciudad se mantuvo en ascenso durante la década de 1950, provocando en la capital la primera toma ilegal de terreno, que tuvo su origen a su vez de los barrios marginales.

La creación y crecimiento de ciudades y poblados a través del país, se acompañó del desarrollo de hospitales y otros servicios de la medicina que inicialmente estaban bajo responsabilidad local, especialmente con instituciones de tipo filantrópico, caritativo o de beneficencia. Como hitos del período, destaca la creación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (1886), que ordena las organizaciones y hospitales locales; la Junta Nacional de Salubridad (1887) para asesorar al gobierno en materias de salubridad y organización nacional del sistema; y el Consejo de Higiene Pública (1892) que asume funciones de gestión nacional del incipiente sistema (Memoria Chilena, 2015).

El actual sistema ha tenido un desarrollo histórico paulatino, alcanzando un dinámico funcionamiento a través de múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado. Esa misma complejidad dificulta un conocimiento y descripción más precisos, e implica grandes desafíos actuales para la gestión sectorial global, bajo el liderazgo de la autoridad sanitaria pues los orígenes son un precedente para la evolución de la institución.

2.2. Estado Benefactor

El aumento de las facultades y atribuciones del Estado a partir del diagnóstico de los graves problemas representados por la cuestión social y la ausencia de garantías para los grupos más pobres de la sociedad, implica una de las transformaciones más importantes para la sociedad pues se tradujo tanto en una expansión del gasto social, como en la articulación de

organismos gubernamentales que darían origen al Estado de Bienestar, lo que dio inicio al diseño e implementación de una serie de instituciones orientadas a cubrir las necesidades sanitarias, educativas, de vivienda y protección social de las clases trabajadoras de Chile.

Una de las transformaciones más significativas experimentadas por la sociedad fue la expansión estatal sobre las condiciones de vida de la población, lo que es denominado Estado Benefactor.

A partir del primer gobierno de Carlos Ibáñez del Campo surgen las primeras instituciones que buscaban responder de modo específico a las necesidades de protección social de los habitantes más vulnerables del país. En 1927, nace el Ministerio de Bienestar Social, cuyas atribuciones se enmarcan en el desarrollo de medidas de higiene, educación, protección del trabajo y previsión social. Sin embargo, la gran crisis mundial de 1929 detuvo muchas de estas iniciativas, las cuales sólo quedaron reflejadas en el diseño ya que el financiamiento no fue suficiente, tampoco el capital humano. Así, el conjunto de desafíos de asistencia social quedaron pendientes hasta la década de 1940, período en el que los distintos gobiernos se concentraron en la expansión de la cobertura de las distintas áreas del bienestar social, ampliando, en particular desde 1960, los servicios de educación, salud, previsión y vivienda de forma sustantiva.

A partir de 1940 y hasta mediados de 1970, la mayoría de los chilenos pudo acceder a una mejor salud y previsión social, a mayor cobertura educacional y planes de vivienda, lo que se veía reflejado en el descenso de la mortalidad infantil. Sin embargo, el crecimiento de la población y el acelerado proceso de migración campo-ciudad, más las dificultades económicas del período, se tradujeron en que una parte de los chilenos se mantuvieran como sectores excluidos de los beneficios del Estado.

Tabla 1

PRINCIPALES HITOS DE LA ÉPOCA		
La expansión del gasto social	**Ministerio de Bienestar Social**	**Expansión de la cobertura**
El diseño e implementación de las distintas instituciones de bienestar social a partir de 1920, significó un fuerte y sostenido aumento del gasto social.	El ministerio de Bienestar Social, fundado en 1927, dio continuidad a las distintas iniciativas de organización que el Estado había asumido desde fines del siglo XIX, en materias sobre la higiene social, el cuidado de la salud y las condiciones de vida y trabajo de los sectores más desfavorecidos de la población.	Entre las décadas de 1920 y 1970, la expansión de la población que se hacía parte de los beneficios sociales en las áreas de vivienda, previsión, salud y educación aumentó sostenidamente.

(**Fuente**: Elaboración propia)

En el área de la salud, los mayores logros del período se refirieron tanto a la disminución de la mortalidad infantil como a la ampliación de la cobertura de atención médica y hospitalaria.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952 y utilizó la integración de los diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, estructura que perdura hasta hoy. Durante su existencia, llegó a ser la principal institución nacional de salud, con 120 mil funcionarios distribuidos en una red que alcanzó una importante cobertura geográfica y de población, sin embargo su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas. Con menor cobertura, existían otras entidades previsionales y asistenciales dependientes de universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. Este período termina en 1973 luego de iniciar la crisis política y económica global en la cual el Estado estaba excedido en su capacidad de respuesta a las demandas sociales de la población, a los cambios radicales realizados en propiedad y producción, y a la diversidad de intereses contrapuestos y conflictos secundarios en la población.

Entre los antecedentes relevantes previos a la configuración del sistema actual, destaca que el sistema de aseguramiento se basaba principalmente en la Caja de Seguro Obligatorio (obreros asalariados y otros beneficiarios) y el Servicio Médico Nacional de Empleados, más algunos sistemas específicos como los de las ramas de Fuerzas Armadas y de Orden. La provisión de servicios públicos estaba principalmente a cargo del Servicio Nacional de Salud, como entidad con cobertura geográfica nacional. En 1979, se produce la gran reforma del sistema de salud que crea el Sistema Nacional de Sistemas de Salud (SNSS), que da origen a los Servicios de Salud y deja la atención primaria bajo administración municipal. En el aspecto previsional y de aseguramiento se establece el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en cuanto seguro público de salud, mientras que el aseguramiento privado es asumido por un mercado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

La reforma radical del sistema de salud que se llevó a cabo en este período fue coherente con la reforma política y económica global adoptada bajo el régimen militar. Sus principios y el modelo adoptado se basan en la línea de postulados neoliberales internacionales promovidos por la Universidad de Chicago (donde se educaron los economistas gubernamentales más influyentes del período) y el Banco Mundial. La reforma cambió y redujo drásticamente el rol y la importancia del Estado, que se enfoca en un rol subsidiario. Al igual que en otros sectores, ello llevó a una reducción de financiamiento y personal del sistema público de salud, descentralización con atención primaria delegada a la administración municipal y una privatización directa o indirecta de arte de sus funciones.

El hito principal ocurrió en 1979, cuando se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). También la creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud que fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

El marco normativo y político imperante desde la década de 1980 no permite que se produzcan cambios o reformas sustanciales que le permitan mejorar financiamiento, distribución del recurso, fortalecer el desempeño, o adaptarse de modo más dinámico a responder en forma adecuada a las nuevas y diversas necesidades de salud de la población.

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de

establecimientos de nivel primario a las municipalidades. El modelo estructurado bajo esta base normativa ha recibido reformas específicas posteriores; sin embargo aún mantiene una vigencia y organización global que es bastante similar a su concepción y estructura original, para todo el sistema previsional y asistencial (en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios).

Desde 1990, los gobiernos consecutivos se concentraron en recuperar paulatinamente la protección social en salud, recuperar parcialmente la crisis financiera, de otros recursos y de gestión del SNSS. En ese período, se logró realizar inversiones y establecer o fortalecer programas basados en los derechos y necesidades principales de la población, con énfasis en los más desfavorecidos, vulnerables y necesitados en materias relativas a salud, como la parte de salud de Chile crece Contigo y la ley de Garantías Explícitas en Salud. Desde 1990 se han realizado una serie de reformas específicas en el sistema de salud.

Desde marzo de 2010, el manejo sectorial de salud ha estado bajo la responsabilidad de un gobierno de coalición de centroderecha. El sistema de salud ha sido administrado bajo las mismas condiciones originales de estructura y funcionamiento establecidas en la década de 1980, con énfasis del rol subsidiario del Estado y en la privatización directa o indirecta, lo que incluye los convenios de inversión y la gestión de centros asistenciales más complejos. En la última década destaca el fortalecimiento y extensión del sistema de protección social en salud (especialmente los grupos más vulnerables, promoviendo la focalización del sistema), asegurando el derecho a la salud mediante garantías explicitas y exigibles para los ciudadanos (en una serie de patologías priorizadas), y mejorando la atención y gestión en Salud, para asegurar la satisfacción usuaria, y con el apoyo de la regulación efectiva para el adecuado aseguramiento y provisión de servicios, hacia una mayor participación, solidaridad y equidad.

2.3. Protección social y aseguramiento en salud

El sistema de Protección Social en Salud de Chile forma parte del Sistema de Protección Social, que busca “generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso”. (Ministerio de Desarrollo Social, 2015)

En la última década, la protección social en salud se hace más completa con el desarrollo de la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas y la Ley de Régimen de Garantías Explicitas de Salud (AUGE-GES), que persigue asegurar acceso oportuno a servicios de calidad en una serie de patologías que cubren más del 70% de carga de enfermedad.

La protección social en salud se apoya preferentemente en el aseguramiento de aspectos cruciales como prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, los accidentes del trabajo y enfermedades laborales, y los accidentes escolares, destacando:

Tabla 2

Asistencia Médica	Prestaciones de maternidad	Prestaciones económicas de enfermedad	Prestaciones por accidente en el trabajo y enfermedad profesional
Referida a la atención médica, tratamiento y rehabilitación	Hacen referencia al conjunto de prestaciones de orden médico y económico que se otorgan por causa de la maternidad.	Servicios en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales	Protección al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole atención médica y protección mediante el pago de una pensión o subsidio mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.

El sistema de protección social en salud de Chile forma parte del sistema de protección social global, el cual busca establecer condiciones de seguridad a las persona, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en salud. Su paulatino desarrollo histórico ha estado enmarcado en el desarrollo global de la protección y aseguramiento social, lo que a su vez ha sido influido por el énfasis político y económico predominante y el rol que se ha otorgado al Estado en diversos períodos.

Es a raíz de lo anterior que este sistema se ha hecho bastante complejo, con gran diversidad de programas y beneficios, y de distintos modos y fuentes específicas de financiamiento lo cual ha permitido que de forma paulatina, la mayor parte de la población tenga acceso a un plan de cobertura social acorde a los ingresos.

Existen tres principales sistemas de previsión, siendo FONASA, ISAPRE y el sistema de previsión de Fuerzas Armadas. Los beneficiarios de los tres principales sistemas de previsión para enfermedades comunes específicos de salud mantienen una distribución histórica relativamente similar. A pesar del crecimiento económico del país y su población, más de tres cuartos de la población continúa adscrita a FONASA, mientras que el sistema ISAPRE alcanza a 17%. Incluso, la tendencia de FONASA ha sido a incrementar sus beneficiarios tanto por aumento de habitantes como por migración desde el sistema ISAPRE (Escuela de Salud Pública Universidad de Chile, 2013).

La gran diversidad de programas refleja además la convivencia de diversos enfoques, destacando desde la acción estatal para asegurar la respuesta a los derechos de la ciudadanía (como el caso de del programa universal de vacunas o el sistema GES) al aseguramiento privado de riesgos en caso de temas y grupos de población específicos (enfermedad común por ISAPRE, trabajadores por mutuales de seguridad, riesgos de tránsito adicionales cubiertos por aseguradoras). FONASA cumple con el rol de fondo de seguridad social y además debe prestar beneficios a quienes no tienen empleo o capacidad suficiente para cotizar.

Por otra parte, el aseguramiento privado de ISAPRE, y la mantención de sus beneficiario adscritos como tales a ese sistema está muy relacionado con mantener un empleo formal y la posibilidad de aportar cotizaciones oportunamente. Ambos sistemas enfrentan un permanente desafío que es distinto: en el caso de ISAPRE, se busca retener o aumentar su número de cotizantes, lo que depende de que dicho cotizante tenga capacidad de pago de prima (por lo tanto empleado), y en el caso de FONASA debe responder a sus beneficiarios por un lado, pero a su vez aportar beneficios a quienes no trabajan, lo hacen muy esporádicamente y por lo tanto no contribuyen con cotizaciones que permitan asegurar el financiamiento adecuado de ese Fondo público. Las Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden tienen un sistema organizado de previsión que también incluye red asistencial propia, que por razones históricas recientes, tiene infraestructura moderna y adecuadamente equipada.

El seguro obligatorio de salud es otro elemento que forma parte importante de su se enmarca en los principios y marco normativo del sistema chileno de salud, con gran amplitud teórica de opciones para elegir previsión pública o privada y a través de uno u otro sistema, para que los asegurados públicos y privados puedan optar a diversos tipos de centros asistenciales de salud, sean estos públicos o privados.

Ese modelo, basado en que la regulación y eficiencia principal proviene del mercado, no parece haberse consolidado conforme al plan y modelo original, lo que se refleja en la mayoritaria proporción de asegurados de FONASA y de usuarios del SNSS que se mantienen en el sistema público, sin embargo existen varias crisis asociadas al sistema, siendo una de ellas el desfinanciamiento crónico y crítico del SNSS y el frecuente descontento ciudadano por parte del sistema público y privado.

Los seguros de accidente y enfermedad laboral y los centros asistenciales que algunos de estos seguros funcionan en forma adecuada, aunque sólo están restringidos a aquella proporción de trabajadores que cuentan con empleos formales y empleadores involucrados en proteger y asegurar a sus trabajadores. Quedan fuera de esta opción una gran proporción de trabajadores informales o sin empleo estable.

Conclusión

El proceso de urbanización e industrialización en Chile dejó algunos problemas sociales al descubierto, especialmente en lo que respecta a la salud de la población, lo que afectó profundamente las condiciones de vida, aumentando la mortalidad de la población. Sin embargo el paulatino desarrollo del sistema de salud público de salud ha ido avanzando a lo largo del tiempo, y con ello la capacidad del Estado de establecer políticas acorde a las necesidades de la población.

Los desafíos que se le presentan a las políticas de salud es un modelo basado en la promoción de la salud, y la reducción de las desigualdades, el incremento del esfuerzo preventivo y la capacitación de las personas para manejar y afrontar aquellos procesos que limitan su bienestar.

En la actualidad, el sistema es segmentado y conformado por una mezcla pública y privada de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, bajo la rectoría estatal a través del Ministerio de Salud. El sistema prestado privado de servicios de salud es bastante amplio y distribuido a través de todo el país (clínicas, centros médicos, laboratorios, farmacias y otros). El aspecto previsional y de aseguramiento público es manejado por el Fondo Nacional de Salud, mientras que el sistema privado de aseguramiento es asumido por un mercado de una docena de Instituciones de Salud Previsional.

El país cuenta con un moderno y complejo sistema de salud que en las últimas décadas ha sido sometido a una serie de reformas estructurales importantes. En 1979, en el contexto de una reforma neoliberal radical que abarcó a todo el Estado, los servicios públicos y las condiciones de mercado abierto competitivo, se creó el Sistema Nacional de Sistemas de Salud, organismo público constituido por alrededor de 400 entidades, que incluye 29 servicios de salud territoriales con sus hospitales y la mayoría de 350 municipios que administran redes de múltiples establecimientos de atención primaria de salud, junto a entidades privadas sin fines de lucro y que por concesión tienen establecimientos operando bajo la modalidad institucional del SNSS.

Bibliografía

Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Extraído en febrero de 2016 de la World Wide Web: http://www.who.int/whr/2000/es/.

Lalonde M. Guest (1974). A more positive approach to health promotion. Extraído en febrero de 2016 de la World Wide Web: https://saludypoesia.wordpress.com/2014/01/24/informe-lalonde/

Ley N° 19937. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 30 de junio de 1994.

Memoria Chilena (2012). Estado Benefactor. Extraído en febrero del 2016, de la World Wide Web: http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-707.html

Memoria Chilena. (2015). La Salud Pública en Chile. 22 de febrero, de Memoria Chilena Sitio web: http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-707.html

Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Nuestra Misión. 23 de febrero de 2016, de Gobierno de Chile Sitio web: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/conocenos/mision/

Instituto de Salud Pública. (2013). Conclusión y perspectivas de progreso. Observatorio Chileno de Salud Pública, XVIII, 136. 23 de febrero de 2016, De Instituto de Salud Pública Base de datos.

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

UNIDAD I
Contexto del actual sistema de salud pública en Chile

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

El sistema de salud en Chile es mixto, pues hay una parte de atención público y otra privada. Sin embargo, El rol rector por parte del Estado es fundamental por cuanto el financiamiento proviene principalmente del él; las cotizaciones de trabajadores y empresas.

El rol regulador del Estado está a cargo de la superintendencia de salud y el aseguramiento público está a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA), mientras que el sistema privado es administrado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

El actual sistema de salud pública tiene como objetivo central promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud, por ello cumple un rol relevante en las políticas públicas.

Ideas fuerza

El sector público de salud está compuesto por trabajadores activos, ya sean dependientes o independientes que cotizan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), incluyendo sus cargas familiares, y también por personas indigentes o carentes de recursos, no cotizantes.

Las ISAPRE son instituciones privadas, cuyo objetivo exclusivo es el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento de las mismas, y las actividades que sean afines o complementarias de ese fin. Con tal objeto recibirán de sus afiliados la cotización del 7% de la remuneración y/o renta imponible, o una cotización superior que hubieren pactado.

El AUGE-GES es un mecanismo fijado por Ley para priorizar garantías en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas que representan el mayor impacto de salud en la ciudadanía. Es el derecho que otorga la ley a todos los afiliados al FONASA y a las ISAPRE y sus respectivas cargas,para ser atendidos en condiciones especiales que garantizan su acceso, oportunidad, (tiempos máximos de espera), protección financiera y calidad, en caso de sufrir cualquiera de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud.

3. PRINCIPALES ACTORES DEL SISTEMA ACTUAL DE SALUD

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, es decir, contempla la participación de entidades públicas y privadas.

Por una parte existe un subsistema público que es normado y dirigido por el Ministerio de Salud, y es responsable de desarrollar actividades de fomento y protección de la salud para toda la población y de atender las necesidades de recuperación y rehabilitación de los beneficiarios de la Ley 18.469. (Giaconi J., 2013)

El subsistema privado en cambio, cubre a un porcentaje menor de la población. Está compuesto por más de 10 Isapres abiertas a la comunidad, que son empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas.

3.1. Salud Pública

Este grupo está compuesto por trabajadores activos, ya sean dependientes o independientes que cotizan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), incluyendo sus cargas familiares, y también por personas indigentes o carentes de recursos, no cotizantes.

La atención primaria de salud es gratuita, e incluye acciones de fomento y protección de la salud, como controles preventivos de salud a la población infantil, vacunaciones, atención de la embarazada y otras acciones preventivas, como la entrega de leche. Este tipo de atenciones se efectúa en los Consultorios de Salud que dependen de las Municipalidades.

Todos los cotizantes del sistema público pueden optar por atenderse en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), o bien utilizar el sistema de medicina curativa de libre elección, donde reciben atención de médicos e instituciones privadas que están adscritos al FONASA. En este sistema, las personas indigentes o carentes de recursos tienen atención gratuita sólo en los establecimientos del SNSS.

3.2. Ministerio de Salud (MINSAL)

Su principal objetivo es coordinar la atención de la salud a nivel nacional. La principal función es contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar en equilibrio los sistemas de salud centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención, acogiendo oportunamente las necesidades de las personas, familias y comunidades, con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía y promover la participación de las mismas en el ejercicio de sus derechos y sus deberes.

Cuenta con dos subsecretarías:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales de Chile: Regula y supervisa el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.

- Subsecretaría de Salud Pública de Chile: Es la responsable de asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que le competen para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población.

Dependen del Ministerio de Salud:

- Fondo Nacional de Salud (FONASA)
- Instituto de Salud Pública (ISP)
- Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST)

3.3. Fondo Nacional de Salud (FONASA)

La función es captar y administrar los recursos financieros provenientes del fisco y de las cotizaciones de los afiliados al sistema público.

La Ley 18.469 establece dos modalidades de atención de las prestaciones médicas:

a. Modalidad institucional.

Esta modalidad permite obtener prestaciones médicas en todos los establecimientos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud, que sean dependientes del Ministerio de Salud, tales como consultorios, hospitales y postas. Las prestaciones se concederán por estos establecimientos con los recursos físicos y humanos de que dispongan.

En cuanto al financiamiento de las prestaciones médicas del sistema institucional, la Ley establece que los beneficiarios y no beneficiarios del régimen deberán pagar una contribución directa o tarifa cuyo monto o porcentaje se determinará en el Arancel, que para estos efectos aprueben los ministerios de Salud y de Economía, Fomento y Reconstrucción, a proposición del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

En términos simples puede decirse que en la modalidad institucional la prestación es pagada en parte por el Estado, quien realiza una contribución indirecta al Sistema de Salud, y en parte por quien recibe la prestación, ya que éste debe pagar una contribución o tarifa.(art. 28 18.469).

Financiamiento

Para los efectos de determinar qué parte de la prestación debe ser pagada en dinero por el afiliado y, o beneficiario del régimen, la Ley 18.469 dispone en su artículo 29 que las personas afecta a la Ley se clasificarán según su nivel de ingreso.

Es así como la disposición precitada, para el efecto del pago de las tarifas distingue 4 grupos:

Grupo A: Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales, causantes del subsidio familiar establecido en la Ley 18.020. Para estas personas el Estado a través del FONASA cubrirá el valor total de la prestación. (D.L. 869/75)

Grupo B: Afiliados cuyo ingreso mensual no excede del ingreso mínimo mensual, aplicable a los trabajadores mayores de 18 y menores de 65 años de edad. En esta situación también el estado cubrirá el valor total de las prestaciones, no teniendo que hacer contribución alguna, quien recibe la prestación.

Grupo C: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual a que alude se alude en el Grupo B, y no exceda de 1.46 veces dicho monto. Si del afiliado

dependen 3 o más beneficiarios, serán considerados en el grupo B. En este caso la contribución que haga el Estado a través del FONASA no podrá ser inferior al 75% del valor de la prestación. La diferencia que resulte entre la cantidad con que concurre el FONASA y el valor de la prestación, será cubierta por el propio afiliado (art. 30 inciso 5° Ley 18.469).

Grupo D: Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a 1.46 veces el ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 y menores de 65 años de edad. Si los beneficiarios que de ellos dependen son 3 o más, serán considerados en el grupo C. En este caso el aporte del FONASA no podrá ser inferior al 50% del valor de la prestación y el resto del valor de la prestación será cubierto por el propio afiliado. En todo caso y tratándose de afiliados del grupo D, la contribución que haga el FONASA en la atención del parto, no podrá ser nunca inferior al 75% del valor de la prestación (Strooy, 2011).

b. Modalidad de libre elección

Los afiliados y los beneficiarios que de ellos dependan, podrán optar por atenderse de acuerdo a la modalidad de libre elección, caso en el cual gozarán de libertad para elegir al profesional o el establecimiento e institución asistencial de salud que, conforme a dicha modalidad otorgue la prestación requerida. (Ley N° 18469, 1985)

Según la legislación vigente, para ofrecer el sistema de libre elección, el Fondo Nacional de Salud suscribirá convenios con profesionales y establecimientos o entidades asistenciales de salud, debiendo éstos inscribirse en alguno de los grupos, que para estos efectos llevará el FONASA.

Dicha modalidad se aplicará respecto de prestaciones tales como consultas médicas, exámenes, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y obstétricas, etc., y demás que determine el Ministerio de Salud, formen parte o no de un conjunto de prestaciones asociadas a un diagnóstico. (Artículo 13 inciso 2° Ley 18.469). En la modalidad de libre elección los profesionales y establecimientos o las entidades asistenciales de salud, que deban otorgar prestaciones a los beneficiarios, serán retribuidos con arreglo a los montos fijados por el Arancel.

Los valores serán bonificados por el Estado, en los porcentajes que se señalarán, y la diferencia que exista entre la bonificación y el valor de la prestación señalada en el Arancel será cancelada por quien la prestación. La cantidad con que concurre el beneficiario de la prestación de salud, dentro del sistema de libre elección, se denomina Copago.

Si se desea obtener atención de salud a través de la modalidad libre elección, deberá concurrir a una oficina del FONASA y comprar un bono o u orden de atención y realizar el copago correspondiente. El monto del copago dependerá del Nivel en que se haya inscrito el profesional o establecimiento de salud. Los profesionales, establecimientos y entidades asistenciales inscritos en el rol de FONASA quedan obligados por la sola inscripción, a aceptar como máxima retribución de sus servicios, los valores del arancel correspondiente, al respectivo grupo en que se inscribieron, salvo que el Ministerio de Salud mediante decreto supremo , autorice respecto de ellas, una retribución mayor a la del arancel.

Tabla 1

Tarifas de los no beneficiarios
Las personas que no sean beneficiarias del régimen público de salud, pueden requerir de éste las prestaciones que otorga a los afiliados, pero deben pagar las tarifas fijadas en el arancel, en su totalidad (artículos 16 y 27 Ley de Salud). El artículo 16 inciso 2° señala que la atención de los no beneficiarios no podrá significar postergación o menoscabo de la atención que los establecimientos deben prestar a los beneficiarios legales , y en consecuencia con la sola excepción de urgencias debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales preferirán a los no beneficiarios.
Trabajadores independientes
Los trabajadores afiliados independientes, para tener derecho a las prestaciones médicas que proporciona el régimen y a la atención en la modalidad de libre elección, requerirán de un mínimo de 6 meses de cotizaciones, continuas o discontinuas, en los últimos 12 meses anteriores a la fecha en que se impetre el beneficio
Despido durante la licencia por enfermedad
De acuerdo a lo previsto en el artículo 23 de la Ley 18.469 y en el artículo 161 inciso final, a los trabajadores dependientes que gocen de licencia por enfermedad común, accidente del trabajo o enfermedad profesional, no se les podrá invocar como causal de terminación de contrato ni el desahucio, ni las necesidades de la empresa.

3.4. Instituto de Salud Pública (ISP)

El Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) es un servicio público, que posee autonomía de gestión y está dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propio, dependiendo del Ministerio de Salud para la aprobación de sus políticas, normas y planes generales de actividades, así como en la supervisión de su ejecución.

Para cumplir con su labor de institución de referencia nacional encargada de la normalización, fiscalización, vigilancia y calidad de los laboratorios de salud pública, clínicos y ambientales y con todas las funciones propias de sus 6 Departamentos.

Los servicios estratégicos que ofrece hoy el ISP son:

- Fiscalización
- Investigación aplicada
- Referencia
- Vigilancia
- Los clientes, usuarios o beneficiarios, según sea el caso, son los siguientes:
- Beneficiarios del sistema público y privado.
- Centros de estudio de bioequivalencia y de bioexención.
- Centros de trasplantes.
- Industria farmacéutica y cosmética.
- Instituciones intersectoriales.
- Laboratorios clínicos, ambientales, toxicológicos y centros de radioterapia.
- Organismos internacionales.
- Universidades y centros de investigación. (Superintendencia de Salud, 2015)

3.5. Sistema Nacional de Servicios de Salud

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

La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales. Los servicios asistenciales en el Sistema Nacional de Servicios de Salud están distribuidos por 29 Servicios de Salud distribuidos en el país. En forma directa, tienen a cargo los hospitales dependientes (por propiedad directa o convenio con otras entidades) y en algunos casos, centros de atención ambulatoria de nivel primario.

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. La atención primaria de salud provista en centros de salud urbanos y rurales ha sido delegada a la administración municipal. Cada Servicio de Salud cuenta con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial (Giaconi J., 2013).

3.5.1. Central Nacional de Abastecimiento

Es un servicio público, descentralizado y dependiente del Ministerio de Salud, cuya misión es Contribuir al fortalecimiento en la gestión de la Red Pública de Salud, en el abastecimiento de medicamentos, alimentos, dispositivos e insumos de uso médico, contribuyendo a asegurar la continuidad, oportunidad y calidad de éstos, con eficacia y eficiencia, con flexibilidad en los procesos para una mejor atención de la red asistencial de salud.

Gestiona los requerimientos y procesos de compra mandatados por el Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Subsecretaría de Salud Pública, Fondo Nacional de Salud, Servicios de Salud, Municipalidades y Corporaciones Municipales, y en general por las entidades que se adscriban al Sistema Nacional de Servicios de Salud para el ejercicio de acciones de salud.

Para ejercer dicha función, CENABAST gestiona a través de cinco departamentos técnicos la demanda de medicamentos e insumos proveniente de Servicios de Salud, hospitales, consultorios y del Ministerio de Salud.

3.5.2. Establecimientos de Atención Primaria

Corresponden a consultorios y postas urbanas y rurales dependen y son controlados en los aspectos técnicos por los Servicios de Salud a través de sus Direcciones de Atención Primaria. Los recursos financieros para la atención primaria provienen del FONASA y se distribuyen principalmente a través de un sistema de facturación por atención prestada.

Los ingresos del Sistema Nacional de Salud durante provienen de las fuentes de financiamiento de las que destaca un aumento en el aporte fiscal y una disminución relativa de la importancia de la cotizaciones previsionales obligatorias para salud (7% del sueldo). Lo anterior se debe a un aumento en el número de personas que destinan su cotización obligatoria al sistema ISAPRE, restándolas en consecuencia a FONASA.

El Sistema de Salud público ha tenido recientemente diferentes cuestionamientos. Por una parte, los profesionales, y en general los trabajadores de la salud, han manifestado su inquietud a través de diferentes movimientos que han conmocionado a la opinión pública. Por otra parte, las encuestas hechas a los usuarios del sistema han mostrado porcentajes significativos de insatisfacción respecto a diferentes características de las atenciones de salud recibidas. El sistema de salud deberá adecuarse a las nuevas características demográficas de nuestra población, caracterizada por su envejecimiento y una disminución de los menores de 15 años. Simultáneamente, deberá enfrentar la llamada transición epidemiológica, que se caracteriza por una coexistencia de problemas de salud infectocontagiosos y materno infantiles, con un importante incremento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (Strooy, 2011).

El fortalecimiento y la ampliación de la descentralización surge como un desafío no completamente resuelto. A este respecto se considera fundamental que la autonomía se haga extensiva a los hospitales, en el interior de los Servicios de Salud. La fórmula específica, ya sea corporaciones autónomas, empresas estatales u otra, no está resuelta. Para darle real existencia al nivel secundario de atención, se construyeron Centros de

Referencia de Salud (CRS), que consisten en centros ambulatorios de complejidad tecnológica media y que reciben las derivaciones del nivel primario.

3.6. Incorporación al régimen de la Ley N° 18.469

De acuerdo a lo dispuesto en el artículo 7 de la Ley 18.469 la incorporación al Régimen de Salud se producirá por el simple hecho de adquirirse las calidades de afiliado o beneficiario que se describen en los artículos 5° y 6° de la misma Ley.

Esta afiliación tiene dos características fundamentales: Es automática, y es indefinida. Sin perjuicio de lo señalado , de acuerdo a las normas constitucionales y a lo prescrito en el artículo 1° de la Ley de Salud, tanto lo afiliados como los beneficiarios que de ellos dependan, tendrán el derecho a ingresar a una Institución de Salud Previsional, , y para ello deberán suscribir con la ISAPRE un contrato de salud. La ISAPRE deberá comunicar al Fondo Nacional de Salud (FONASA) el hecho de la suscripción de este contrato. Los afiliados al régimen de salud de la Ley en estudio (18.469) deberán aportar al FONASA

Además, tiene otras características que la definen.

a. Se definen cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud. Esta cotización única será del 7% de la remuneración o renta imponible del trabajador (dependiente o independiente) o de las pensiones en su caso. En ningún caso el Fondo Nacional de Salud podrá pactar cotizaciones superiores para otorgar las prestaciones de salud..
b. Por su parte los beneficiarios de este sistema de salud, de acuerdo a lo previsto en el inciso 3° del art. 7 de la Ley de Salud, deberán proporcionar oportuna y fielmente las informaciones que les sean requeridas para su adecuada identificación y atención por los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. calidad jurídica.
c. En cuanto a la identificación de las personas indigentes y carentes de recursos, éstos deberán acreditar su condición a través de medios idóneos ante el SOME, Sección de Orientación Médica y Estadística, del respectivo establecimiento en el cual quieran, o les corresponda, obtener una atención de salud.
d. Para su identificación los trabajadores independientes y voluntarios deberán presentar el número de planillas de pago cotizaciones previsionales que determine la Ley. Esta presentación los habilitará para obtener la credencial correspondiente.

El artículo 25 de la Ley de Salud establece la posibilidad de que los afiliados opten por ingresar a una ISAPRE, en las condiciones previstas en la Ley 18.933. Esto implica pasar del sistema de administración pública de salud al sistema de administración privado de salud.

Ahora bien, celebrado el contrato de salud con la ISAPRE, se produce la desafiliación automática al sistema de salud de la Ley 18.469. Desde este momento las personas pierden la calidad de afiliados y beneficiarios y en consecuencia no tienen derecho a gozar de las contribuciones estatales a que alude el artículo 30 de la Ley de Salud. Las personas ya afiliadas a una ISAPRE y sus beneficiarios, si reciben prestaciones de los establecimientos del Sistema nacional de Servicios de Salud, deberán pagar el valor total de estas prestaciones.

Terminado el contrato de salud con la ISAPRE, si lo interesados no optan por renovar el contrato o incorporarse a otra ISAPRE, volverán automáticamente al régimen General de Salud.

3.7. Garantías del sistema de salud público

El AUGE-GES es un mecanismo fijado por Ley para priorizar garantías en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas que representan el mayor impacto de salud en la ciudadanía. Es el derecho que otorga la ley a todos los afiliados al FONASA y a las ISAPRE y sus respectivas cargas, para ser atendidos en condiciones especiales que garantizan su acceso, oportunidad, (tiempos máximos de espera), protección financiera y calidad, en caso de sufrir cualquiera de los problemas de salud definidos por el Ministerio de Salud.

La Superintendencia de Salud es la encargada del fiel cumplimiento de las garantías explícitas en salud, tanto en FONASA como en ISAPRE.

Hay enfermedades que están incluidas en AUGE-GES, independientemente si el paciente se atiende por FONASA o ISAPRE. Así, todos los chilenos pueden acogerse a las garantías y derechos, pero exclusivamente en el conjunto de prestadores que la aseguradora (Fonasa o ISAPRE) disponga para ello. Así se puede acceder a una solución que permitirá realizar el tratamiento de salud adecuado con el apoyo financiero y en los plazos que garantiza la ley.

Las Garantías exigibles son:

a. Garantía de Acceso: Recibir las atenciones definidas para cada enfermedad.

b. Garantía de Calidad: Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas por un prestador de salud registrado y acreditado en la Superintendencia de Salud.

c. Garantía de Oportunidad: Las prestaciones garantizadas en el AUGE/GES deben ser entregadas de acuerdo a los plazos establecidos.

d. Garantía de Protección Financiera: Cancelar sólo el copago: 0% Afiliados del Fonasa A y B; 10% grupo C y 20% grupo D y afiliados a ISAPRE.

Las personas afiliadas a ISAPRE diagnosticadas con un problema AUGE-GES, deben dirigirse a una sucursal correspondiente y presentar la notificación de su médico, respaldando que padece una patología garantizada y completar el formulario respectivo. La ISAPRE le designará un prestador que se encuentre dentro de su Red de prestadores establecida para este efecto.

Las personas beneficiarias del Fonasa deben atenderse en los establecimientos de la red asistencial pública, siendo la puerta de entrada el Consultorio de atención primaria donde el beneficiario esté inscrito.

En el caso de Fonasa, la Red AUGE-GES está conformada principalmente por establecimiento de salud pública, Centros de Atención Primaria (Consultorios, CESFAM), Atención Secundaria (CRS-CDT) y Hospitales. El prestador de la red verificará o descartará el diagnóstico y la ISAPRE lo derivará al establecimiento de la Red que proporcionará el tratamiento.

4. SALUD PRIVADA

El subsistema privado cubre más del 24% de la población aproximadamente. Está compuesto por 22 Isapres abiertas a la comunidad, que son empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas. Existen también 14 Isapres cerradas para atender cotizantes (y sus cargas) de determinadas empresas, algunas estatales y otras privadas. Las atenciones, por lo general, son proporcionadas por profesionales y establecimientos privados de salud.

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

4.1. ISAPRE

El Régimen de Salud de administración privada está regulado por la Ley 18.933, de 1990. De acuerdo a lo señalado en el art. 22 de la Ley 18.933, las ISAPRE son instituciones privadas, que deben constituirse como personas jurídicas, adoptando cualquier forma de asociación (sociedades anónimas, corporaciones de derecho privado, sociedades cooperativas, etc.). Su objetivo exclusivo es el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, ya sea directamente o a través del financiamiento de las mismas, y las actividades que sean afines o complementarias de ese fin. Con tal objeto recibirán de sus afiliados la cotización del 7% de la remuneración y/o renta imponible, o una cotización superior que hubieren pactado.

Las ISAPRE pueden clasificarse en:

a) Abiertas: Aquellas a las que puede afiliarse cualquier persona,
b) Cerradas: Son las que se crean dentro de una determinada empresa para atender los estados de necesidad que afecten a sus trabajadores (Ej: Banco del Estado).

La afiliación y los afiliados

En que el Régimen de Salud de la Ley 18.469, de administración pública, la afiliación es automática, para las personas que tienen las calidades de afiliados y beneficiarios. La

diferencia que existe con las Instituciones de Salud Previsional radica en que para afiliarse a ellas es necesario celebrar un contrato de salud.

De acuerdo a lo previsto en el artículo 29 de la Ley de ISAPRE, los afiliados son:

- Los trabajadores dependientes del sector público y privado,
- Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen previsional,
- Las personas que coticen en cualquier régimen de previsión como imponentes voluntarios
- Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio de incapacidad laboral o de cesantía. (Ley 18933, 1990)

Beneficiarios

- Todos los afiliados indicados anteriormente
- Los causantes por los cuales los afiliados que tengan la calidad de trabajadores dependientes, pensionados o subsidiados, perciban asignación familiar.
- Las personas que dependan de un trabajador independiente y cumplan los mismos requisitos que se exigen para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente.
- La mujer embarazada, aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria y el niño hasta los 6 años de edad, para las prestaciones materno infantiles.

Contrato de Salud

El artículo 29 inciso 1° de la Ley 18.933, no define al contrato de salud, sino que señala que quienes opten por aportar la cotización a una ISAPRE deberán celebrar un contrato de salud.

Este contrato tiene por objeto que el afiliado entere las cotizaciones y al ISAPRE otorgue a éste y sus beneficiarios las prestaciones de salud convenidas y establecidas en la Ley. El contrato de salud es principal, nominado, individual o colectivo, solemne, bilateral, oneroso, aleatorio, de adhesión, semi-dirigido, de tracto sucesivo.

De acuerdo a lo estipulado en el art. 29 inc. 2° (18933), una vez suscrito el contrato de salud, deberá ser comunicado:

a. A la Superintendencia de ISAPRE
b. A la entidad encargada del pago de la pensión, en el caso del cotizante pensionado
c. Al empleador si se tratare de un trabajador dependiente, antes del día 10 del mes siguiente a la suscripción del contrato.

De acuerdo al art. 34 de la Ley de ISAPRE, éstas podrán celebrar contratos de salud con personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones. Estos contratos se regirán por las disposiciones de la Ley en cuanto les sean aplicables.

Estipulaciones del contrato de salud

El artículo 33 de la Ley de ISAPRE enumeras las cláusulas esenciales:

- En el contrato de salud, las partes podrán convenir libremente forma, modalidades, condiciones de prestaciones de salud. Deberán al menos indicar claramente:
- Indicarse las prestaciones y demás beneficios pactados, indicando a) los porcentajes de cobertura, y b) los valores sobre los cuales se aplicarán.
- Deberán indicarse los mecanismos que se utilizan para el otorgamiento de las prestaciones de medicina preventiva, prestaciones materno-infantiles y pago de subsidios cuando proceda. Se podrá estipular que estas prestaciones serán proporcionadas por la institución o por entidades o personas especializadas con quien esto se convenga. Tales prestaciones se otorgarán en las condiciones de la Ley 18.469, o en condiciones superiores.

Conclusión

El sistema de Salud está compuesto por el Sistema de Salud Público y el Sistema de Salud Privado. En el Sistema Público existe una serie de órganos que permiten gestionar la atención financiamiento, regulación y provisión de salud de todos los chilenos.

El sistema de salud chileno se ordena como el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), a la cabeza de esta se encuentra el Ministerio de Salud, desde el cual depende la Subsecretaría de Salud Pública de Chile y Subsecretaría de Redes Asistenciales de Chile. Todo recinto hospitalario en el país, tanto público como privado, se encuentra bajo la fiscalización de la Superintendencia de Salud de Chile. La organización de los establecimientos de salud en Chile distingue tres niveles de atención con sus respectivas unidades en la red pública, dependientes de los Servicios de Salud.

La atención de salud de los chilenos está a cargo de un sistema público y privado. FONASA es el ente financiero encargado de administrar los fondos estatales destinados a salud. El sector privado está representado por las ISAPRE o aseguradoras de salud.

Bibliografía

Giaconi J. (1992). El sector público de salud. Santiago: Cuadernos Médico Sociales.

Giaconi J. (1996). Escenario futuro del desempeño del médico en Chile. Santiago: Boletín del Hospital San Juan de Dios.

Giaconi J. (2013). El sistema de salud chileno. Extraído en febrero del 2016 de la World Wide Web: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_2.htm

Luis Romero Strooy. (2011). Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Extraído en febrero del 2016 de la World Wide Web: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/Presentaciones/Chile.pdf

Gobierno de Chile. (2015). Atribuciones de la Institución según DFL N°1, MINSAL. Extraído en febrero del 2016 de la World Wide Web: http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-3033.html

Ley N° 18469. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 30 de junio de 1985.

Ley N° 18933. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 20 de diciembre de 1990.

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

UNIDAD Nº II
Marco legal y sistema de financiamiento del sistema actual

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

El marco normativo que regula la Salud Pública Chilena sirve como instrumentos que tornan dichos contenidos en obligatorios para la autoridad de salud y para la ciudadanía, así como para los diversos actores del campo de la salud. Es fundamental conocerlos para hacer efectivo el cumplimiento esos derechos y obligaciones de las partes. La norma es un vehículo y mediante su conocimiento y estudio, se puede explorar el contenido de la vida institucional de la salud en Chile. Es la autoridad de salud, quien por excelencia regula y fija normas y directrices en materia de salud.

Las políticas, planes y programas de salud se instrumentan a través de normas, estas normas como leyes, decretos, reglamentos, y otros instrumentos, son implementados en el Estado en sus diversas manifestaciones, dando vida a lo que pretende implementar en materia de salud en beneficio de sus habitantes.

De acuerdo a lo dispuesto en la ley 18.469, la incorporación al Régimen de Salud tiene dos características fundamentales: es automática e indefinida y además los afiliados al régimen de salud de la ley N°18.469 deberán aportar a FONASA

Asimismo, los beneficiarios de este sistema de salud, de acuerdo a lo previsto en la Ley de Salud, deben entregar toda la información requerida de forma transparente y verídica, así permitir ser identificados y atendidos por los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Para su identificación los trabajadores independientes y voluntarios deberán presentar el número de planillas de pago cotizaciones previsionales que determine la ley. Esta presentación los habilitará para obtener la credencial correspondiente.

Ideas fuerza

La Ley de Derechos y Deberes de los pacientes (N° 20.584), entró en vigencia el 01 de octubre de 2012, e indica que toda persona podrá hacer exigible sus derechos en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, respecto del médico o el prestador institucional de salud, sea éste del ámbito público o privado.

La Ley N° 20.584 también establece los deberes de las personas ante los prestadores en relación a su atención en salud.

En 1985 se dicta la Ley N°18.469, que establece dos modalidades de atención: la Modalidad Institucional y la Modalidad de Libre Elección.

El Sistema de protección financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo es financiado con un aporte Fiscal de hasta 100 mil millones de pesos en régimen, constituyendo el Fondo junto con la rentabilidad del mismo; donaciones, herencias y legados que se le hagan; aportes de cooperación internacional; y sus recursos no utilizados en el período anterior.

1. LEY 18.469

En 1985 se dicta la Ley N°18.469, la que establece las bases de la protección a la salud y el acceso igualitario de las personas a la protección, promoción y prestaciones de salud. Estipula los principios que rigen los establecimientos asistenciales y otros organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Además de las dos modalidades de atención: la Modalidad Institucional y la Modalidad de Libre Elección.

La Modalidad Institucional aplica para explicar el acceso de los beneficiarios del sistema público que deseen atenderse en los Hospitales Públicos dependientes de los Servicios de Salud y en donde la cobertura financiera depende de los ingresos del beneficiario y la modalidad de Libre Elección es en la cual los beneficiarios optan por atenderse con prestadores que hayan suscrito convenios con FONASA y en donde la cobertura financiera depende del grupo en que se encuentran inscrito el profesional o entidad prestadora.

En este contexto, FONASA durante los ochenta y hasta mediados de los noventa, cumplía básicamente dos funciones: actuar como ente financiador de prestaciones de salud y administrar la modalidad de libre elección.

La ley 18.469 (1985) establece las bases del derecho a la protección de la salud en cuanto al marco normativo e institucional.

Artículo 1°.- El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.
Artículo 2°.- Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de las tarifas, o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 16 y 28.
Artículo 3°.- Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República.

De acuerdo a lo dispuesto en la ley 18.469, la incorporación al Régimen de Salud se producirá por el simple hecho de adquirirse las calidades de afiliado o beneficiario. Esta afiliación tiene dos características fundamentales, es automática e indefinida.

Además , de acuerdo a la Constitución de la República y lo señalado en artículo 1° de la Ley de Salud, tanto afiliados como beneficiarios tendrán el derecho a ingresar a una Institución de Salud Previsional, y para ello deberán contar con un contrato de salud con alguna ISAPRE, ésta deberá comunicar a FONASA que se ha establecido un contrato. Esta cotización única será del 7% de la remuneración o renta imponible del trabajador, ya sea dependiente o independiente, o de las pensiones en su caso. En ningún caso el Fondo Nacional de Salud podrá pactar cotizaciones superiores para otorgar las prestaciones de salud (Superintendencia de Salud, 2015).

Quienes sean beneficiarios de este sistema de salud, deberán proporcionar oportuna y fielmente las informaciones que les sean requeridas para su adecuada identificación y atención por los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Esta norma tiene por objeto que los beneficiarios puedan tener acceso a una credencial que certifique su calidad de beneficiarios. En cuanto a la identificación de las personas indigentes y carentes de recursos éstos deberán acreditar su condición a través de medios idóneos ante el SOME, (Sección de Orientación Médica y Estadística), del respectivo establecimiento en el cual quieran, o les corresponda, obtener una atención de salud.

Para su identificación los trabajadores independientes y voluntarios deberán presentar el número de planillas de pago cotizaciones previsionales que determine la ley. Esta presentación los habilitará para obtener la credencial correspondiente.

1.1. Código Sanitario

El Código Sanitario es la ley que establece la normativa relacionada con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de Chile.

Su historia se remonta al primer Código Sanitario de Chile, publicado en junio de 1918, el instaurando una autoridad unipersonal de salud con facultades ejecutivas, y creando la Dirección General de Sanidad y otros organismos sanitarios. El segundo código fue publicado en mayo de 1931.

En 1967 sufrió varias modificaciones, transformándose en el Código que rige desde el 31 de enero de 1968, aunque ha sido sometido a posteriores modificaciones.

Artículo 1°.- El Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes.

El artículo 1° del Código Sanitario señala que es éste el reglamento que rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes. Mientras que el Presidente de la República dictará, previo informe del Director General de Salud los reglamentos necesarios para la aplicación de las normas contenidas en el código. Asimismo, será el Servicio Nacional de Salud quien velará por el bienestar higiénico del país, de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de Chile, en el Código Sanitario y en la Ley Orgánica.

1.2. Decreto con fuerza de Ley N° 1

Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley No 2.763/79 y de las Leyes Nos. 18.933 de Institución de Salud Previsional (ISAPRE) y 18.469, que Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y Crea un Régimen de Prestaciones de Salud. Publicado el 24 de abril de 2006.

1.3. La Constitución Política de la República de Chile

La Constitución de 1980 asegura a todas las personas: “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado…” (Constitución Política de Chile, 1980).

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

La Superintendencia de Salud, fue creada en la Ley N°19.937, con el objetivo de establecer una nueva institucionalidad de la Autoridad Sanitaria, cuya misión es "Proteger y promover los derechos en salud de las personas, con relación al FONASA, Isapres y Prestadores". Una de sus principales funciones es la resolución de conflictos entre cotizantes y/o beneficiarios de los Sistema de Salud Público y Privado, y sus respectivas entidades previsionales: Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (Isapres). La tramitación de los reclamos en esta Institución se sujeta a los principios del debido proceso y sus decisiones se fundamentan en la prudencia y equidad, en el caso del Tribunal Especial, o en el principio de legalidad, en lo que respecta a los procedimientos administrativos (Superintendencia de Salud, 2015).

La Superintendencia de Salud es la Institución encargada de velar por el cumplimiento de los derechos que la "Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes" otorga, mediante la tramitación y resolución de los reclamos que las personas usuarias le presenten -previo reclamo al Prestador Institucional involucrado- y mediante las distintas fiscalizaciones que efectúe. Además, está facultada para instruir al prestador que corrija la infracción y aplicar sanciones a los centros de salud, hospitales o clínicas, ante el incumplimiento de dichas instrucciones.

Los elementos fundamentales que podemos resumir del marco normativo señalado son:

Derechos de las personas respecto a la atención oportuna y la no discriminación

Toda persona tiene derecho a que las acciones de promoción, protección y recuperación se le den oportunamente y sin discriminaciones arbitrarias, de acuerdo a lo que se determina en la Constitución y las leyes, sea cual sea la institución en la que está suscrita.

Derecho a trato digno

Las personas tienen derecho a que se les otorgue información en un lenguaje adecuado y entendible, de manera cortes y amable, siendo tratadas y llamadas por su nombre. El prestador deberá respetar y proteger la vida privada y la honra de sus pacientes. Los prestadores deben velar por la confidencialidad de la Ficha Clínica, la que sólo podrá ser consultada por el titular de los datos o quien éste autorice y por su médico tratante.

Derecho de las personas a ser informadas

Las personas tienen derecho a ser informadas del diagnóstico, alternativas de tratamiento, riesgos y pronóstico de su enfermedad. En el caso que se efectúen procedimientos invasivos (intervenciones quirúrgicas y otros), esa información deberá otorgarse por escrito, mediante el documento denominado "Consentimiento Informado". Las personas tienen derecho a la información administrativa y a la información clínica respecto de su estado de salud.

Derechos de las personas respecto a la atención en zonas con alta población indígena

En territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deben considerar la aplicación de un modelo de salud intercultural, validado ante las comunidades indígenas.

Derechos de las personas respecto a la opción de reclamar

Toda persona tiene derecho a reclamar por la vulneración de sus derechos, primero ante el Prestador Institucional, el que deberá dar una respuesta por escrito al reclamo planteado, y después ante la Superintendencia de Salud, si no recibe por parte del prestador una respuesta en el plazo de 15 días hábiles, o si la respuesta no le satisface o no se soluciona la irregularidad por la cual reclamó en el Prestador Institucional. Para reclamar ante la Superintendencia de Salud puede presentar un reclamo por escrito, a través del Formulario de Reclamos en contra de Prestadores Institucionales de Salud por Ley de Derechos y Deberes o solicitar un Procedimiento de Mediación en casos de eventuales negligencias médicas cometidas por Prestadores del Sector Privado (en el caso de los Prestadores Públicos el órgano competente es el Consejo de Defensa del Estado).

2. LEY DE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES

La ley N° 20.584, sobre deberes y derechos que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud, se le conoce como Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes, es una ley que regula los deberes de los pacientes y las acciones relacionadas a la atención de éstos por parte de las instituciones de la salud asegurando el derecho a un trato digno, a tener asistencia espiritual, como un consentimiento informado entre otros.

Fue publicada el 12 de abril de 2012 en el Diario Oficial durante el gobierno de Sebastián Piñera Echeñique.

Los derechos que la ley establece en relación a la prestación de salud son:

- Los derechos de los pacientes son válidos tanto en el sistema público como privado, y se aplican respecto a los profesionales y otros trabajadores que se relacionen con prestaciones a la salud públicas.

- Las acciones de promoción, protección y recuperación se le den oportunamente y sin discriminaciones arbitrarias, en la forma que determine la Constitución y las leyes a toda persona, todos tienen derecho, cualquiera sea el prestador de salud.

- Todos los ciudadanos tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y circunstancia; es decir que se utilice lenguaje adecuado y entendible, demostrar actitud de amabilidad generalmente aceptadas; y respetar y proteger la vida privada y honra de las personas de forma permanente.

- Las personas tiene derecho a que los prestadores de salud cumplan las normas que rigen el país, y deben cumplir con los protocolos establecidos, en materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación, accidentes, errores en la atención y a ser informados de cualquier evento adverso durante la atención a su salud.

- Toda persona tiene derecho a que los prestadores de salud le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y también en caso de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada

establecimiento. Sin embargo se podrá restringir cuando sea aconsejable por beneficio clínico señalado y justificado.

- El paciente tiene derecho a conserjería y asistencia religiosa o espiritual de su preferencia sin que pueda imponerse el de la institución si es que procesa alguna.

- En territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deben considerar la aplicación de un modelo de salud intercultural, validado ante las comunidades entregando la información en el dialecto cuyo porcentaje sea más representativo.

Los derechos que la ley establece en relación a la información son:

- Las personas tienen derecho a que los miembros del equipo de salud tengan una identificación personal visible con la función que desempeñan, así como a saber quién autoriza y efectúa sus diagnósticos y tratamientos.

- Los prestadores deben instalar en un lugar público y visible, una carta de derechos y deberes de las personas en relación con la atención de salud.

- Respecto a las atenciones de salud o tipos de acciones de salud que ofrece o tienen disponibles los prestadores; las condiciones previsionales requeridas para su atención, disposiciones y obligaciones de sus reglamentos internos y formas de efectuar comentarios, agradecimientos, reclamos y sugerencias. También las formas de acceder y el valor de cada prestación y/o servicio.

- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible acerca de: estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional. Si la condición de la persona, a juicio del médico, no le permitiera recibir tal información debe ser entregada al representante legal o la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. En caso de atenciones de urgencia o emergencia el paciente recibirá la información cuando el médico determine que está en condiciones de recibirla.

- Todos los pacientes tienen derecho a que la información sea comprensible, oportuna, suficiente, veraz, y que se entregue en forma visual, verbal o por escrito.

- Todo paciente tendrá derecho a recibir, un informe legible por parte del médico tratante, que debe contener la identificación de la persona y del profesional que actuó como tratante principal, con sus respectivas fechas, y los resultados más relevantes de exámenes y procedimientos efectuados que sean pertinentes al diagnóstico e indicaciones a seguir, y una lista de los medicamentos y dosis suministrados durante el tratamiento y de aquellos prescritos en la receta médica el período de tratamiento; información comprensible sobre el diagnóstico de ingreso y de alta.

- Toda persona tiene también derecho a que se le extienda un certificado que acredite su estado de salud y licencia médica si corresponde. El prestador deberá entregar por escrito la información sobre los aranceles y procedimientos de cobro.

- Toda la información que surja de la ficha clínica, de los estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamientos a los que fueron sometidas las personas, es considerada como dato sensible y por tanto tiene la calidad de reservada. El prestador no puede hacerla pública ni ser compartida bajo ninguna circunstancia.

- Aquellas personas o profesionales que no estén relacionados directamente con la atención no tendrán acceso a la información. Si podrán tener acceso al contenido de la ficha o parte de ella: el paciente o su representante legal, otra persona habilitada por el titular mediante poder notarial simple y los tribunales siempre que la información contenida se relacione con las causas que conoce, y los fiscales del Ministerio Público y abogados, previa autorización del juez cuando la información se relaciones con las causas que llevan.

Los derechos que la ley establece en relación al tratamiento:

- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento para prolongar su vida artificialmente, pero con ciertas limitaciones: rechazo a tratamientos que puedan implicar la aceleración artificial de la muerte, la eutanasia o el auxilio al suicidio.

- Pese a la prohibición de acelerar artificialmente la muerte o auxilio del suicidio, toda persona en estado terminal tendrá derecho a vivir con dignidad hasta el momento de su muerte.

- En los establecimientos de atención cerrada deberán existir comités de ética en, ya sean establecimientos autogestionados en red, experimentales, de alta complejidad e institutos de especialidad.

- Mediante un reglamento expedido a través del Ministerio de Salud se establecerán las normas necesarias para la creación, funcionamiento periódico y control de los comités de ética, y los mecanismos que permitirán a los establecimientos acceder a comités de ética de su elección, en caso de que no posean o no estén en condiciones de constituir uno.

- Los comités de ética analizarán los casos en que los médicos tratantes tengan dudas acerca de la competencia de la persona, o estimen que la decisión manifestada por ésta o sus representantes legales de rechazar un tratamiento la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir.

- El paciente, su representante legal o cualquiera a nombre del paciente puede recurrir a la Corte de Apelaciones del domicilio si no está de acuerdo con la recomendación del comité de ética.

- Para las personas que presenten algún tipo de discapacidad, el profesional tratante debe informar al representante legal del paciente o a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre de las razones médicas que justifican no entregar la información al paciente ni el contenido de la ficha cuando aquello corresponda.

- En caso de tratamientos invasivos e irreversibles, el médico debe contar con el informe favorable del comité de ética del establecimiento. Además, se dispone que las hospitalizaciones involuntarias deberán ser comunicadas a la Secretaría Regional Ministerial de Salud y a la Comisión Regional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedad Mental.

- Toda persona tiene derecho a efectuar las consultas y los reclamos respecto de la atención de salud recibida. Asimismo, los usuarios podrán manifestar por escrito sus sugerencias y opiniones respecto de dicha atención. El Ministerio de Salud reglamentará los procedimientos para que los usuarios ejerzan sus derechos. Asimismo, deberá asegurar la presencia de los usuarios en los comités de ética.

- Los prestadores institucionales, públicos y privados, mantendrán una base de datos actualizada y otros registros de libre acceso, con información que contenga los precios de las prestaciones, de los insumos y de los medicamentos que cobren en la atención de personas. Las personas tienen derecho a recibir una cuenta actualizada y detallada de los gastos en que haya incurrido en su atención.

- Se puede reclamar ante el prestador institucional, el que deberá contar con personal especialmente habilitado para este efecto y con un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos planteados. Si la persona no queda conforme, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud o requerir un procedimiento de mediación.

Los deberes de los pacientes:

- Respetar el reglamento interno del establecimiento, lo que se hace extensivo a sus representantes, familiares y visitas.

- Procurar informarse acerca del funcionamiento del establecimiento y sobre los procedimientos de consulta y reclamo establecidos.

- Cuidar las instalaciones y equipamiento que el prestador mantiene a disposición.

- Tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud. Igual obligación corresponde a los familiares, representantes legales y otras personas que los acompañen o visiten.

- Tanto la persona que solicita la atención de salud, como sus familiares o representantes legales, deberán colaborar con los miembros del equipo de salud que la atiende, entregando la información necesaria para el tratamiento.

Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo en Salud - Ley Ricarte Soto

La Ley 20.850 (2015) tiene como principal objetivo el Garantizar universalmente el derecho de acceso a diagnósticos y tratamientos de alto costo a todos los beneficiarios de los sistemas de salud previsionales de Chile.

Este sistema pasa a formar parte del régimen general de garantías en salud. Esta Ley crea un sistema de protección financiera para diagnóstico y tratamiento de alto costo como las enfermedades, inmunológicas, oncológicas y poco frecuentes.

Son beneficiarios de los sistemas previsionales de salud cuando son enfermedades catastróficas en el presupuesto familiar teniendo fuerte impacto en su economía y que estén consideradas en el protocolo respectivo del Ministerio de Salud. El sistema protege a los pacientes tanto de FONASA como pertenecientes al sistema privado (ISAPRES),o CAPREDENA. El encargado de asegurar las coberturas es FONASA.

Sin embargo quedan fuera del sistema de protección aquellas cubiertas por las normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y las cubiertas por el seguro automotor obligatorio y las consideradas en la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), otorgada por algunas Isapres. Quienes pertenecen al sistema de salud privado y que requieran acceder a las garantías, deberán solicitar primero la cobertura adicional de enfermedades catastróficas contemplada en los contratos de salud previsional cuando corresponda.

El otorgamiento de las prestaciones y la protección financiera del Sistema serán constitutivos de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud y la Superintendencia de Salud a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

Para que este sistema sea efectivo, serán beneficiarios aquellos con diagnóstico de alto costo, el cual considera todas las prestaciones útiles para la confirmación y posterior control y tratamiento de la patología, cuando impactan catastróficamente en el gasto del beneficiario. Un tratamiento de alto costo corresponde a los medicamentos, alimentos o elementos de uso médico asociados a enfermedades o condiciones de salud y las prestaciones indispensables para su confirmación diagnóstica y seguimiento, que por su costo impiden el acceso a éstos o accediendo, impactan catastróficamente en el gasto de los beneficiarios. La protección financiera significa el pago del valor total de las prestaciones de diagnósticos y tratamientos de alto costo. Para ello la red de prestadores está compuesta por las entidades acreditadas en la Superintendencia de Salud (en las mismas condiciones que establece el sistema AUGE o GES) y aprobadas por el Ministerio de Salud para el otorgamiento de las coberturas de alto costo. Pueden ser hospitales, clínicas o centros de salud (sean estos públicos o privados).

Si el paciente requiere ser hospitalizado, podrá ser atendido en un establecimiento que no figure entre la red de prestadores si su estado de salud implica una urgencia vital o una secuela funcional grave y requiera hospitalización inmediata e impostergable. El paciente tendrá derecho a las prestaciones hasta que se encuentre en condiciones de ser trasladado a alguno de los prestadores aprobados por el Ministerio de Salud según la normativa vigente. De esta manera, los costos le serán rembolsados por el Fondo Nacional de Salud, con cargo al Fondo de Tratamientos de Alto Costo.

En caso de discrepancias, pueden recurrir FONASA, los prestadores o los pacientes ante la Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales.

Si un tratamiento es o no de alto costo de determina a través de un decreto supremo del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministerio de Hacienda, el cual determina cuales son los tratamientos de alto costo para condiciones específicas de salud con sistema de protección financiera. (Ley 20.850, 2015)

Las 11 patologías consideradas son:

- Artritis Reumatoide Refractaria a Tratamiento habitual (tratamiento con Abatacept o Rituximab)
- Cáncer de Mamas que sobreexprese el gen HER2 (tratamiento con Trastuzumab)
- Enfermedad de Fabry (tratamiento con Agalsidasa)
- Enfermedad de Gaucher (tratamiento con Taliglucerasa o Imiglucerasa)

- Esclerosis Múltiple Refractaria a Tratamiento Habitual (tratamiento con Fingolimod o Natalizumab)
- Hipertensión Arterial Pulmonar Grupo I (tratamiento con Iloprost inhalatorio)
- Mucopolisacaridosis Tipo I (tratamiento con Laronidasa)
- Mucopolisacaridosis Tipo II (tratamiento con Idursulfasa)
- Mucopolisacaridosis Tipo VI (tratamiento con Galsulfasa)
- Tirosinemia Tipo I (tratamiento con Nitisinona)
- Virus Respiratorio Sincicial en recién nacidos prematuros con displasia broncopulmonar (tratamiento con Palivizumab)

El límite de los costos se determina a través de los Ministerios de Salud y de Hacienda, cada tres años mediante decreto supremo, fijarán el umbral nacional de costo anual. Si el tratamiento excede el % de los ingresos familiares promedio, descontando los gastos básicos de subsistencia, tendrá cobertura. Para ello hay un reglamento del Ministerio de Salud regulará el proceso para establecer el umbral. Los fundamentos para determinarlo serán públicos.

La comisión, es una entidad que será creada por resolución del Ministerio de Salud. Estará conformada por 12 miembros de reconocida idoneidad en los campos de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y expertos en fármacos, elementos de uso médico y alimentos. Serán designados por el Ministro de Salud, previa convocatoria pública. Dentro de esta Comisión, la sociedad civil participará a través de dos representantes de las agrupaciones de pacientes registradas. La Comisión será presidida por el Subsecretario de Salud Pública.

La comisión tiene la misión de recomendar qué tratamientos se incorporan, perteneciendo a los Ministerios de Salud y de Hacienda, quienes dictan un decreto supremo en el que se explicarán las razones para que ciertos diagnósticos y tratamientos sean cubiertos por el Sistema de Protección Financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. Los diagnósticos y tratamientos de alto costo con protección financiera tendrán una vigencia de tres años. Se entenderán prorrogados por otros tres años, y así sucesivamente, si no se determina lo contrario. El Presidente o Presidenta de la República podrá disponer, por decreto fundado, la modificación antes de cumplirse el plazo.

En los casos en que un diagnóstico o un tratamiento de alto costo con protección financiera sea incorporado al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES o AUGE) pasará a regirse por esta normativa, incorporándose los prestadores de red a través de decreto del

Ministerio de Salud, se definirá la red que otorgará las prestaciones. Los prestadores deberán suscribir, previamente, un convenio con el Fondo Nacional de Salud.

En caso de que los prestadores no cumplan, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de la Superintendencia de Salud. De esta forma, la Superintendencia de Salud podrá aplicar amonestación o multa de diez a mil unidades tributarias mensuales. Si es un establecimiento público, podrá además pedir que se haga un sumario y enviar los antecedentes a FONASA.

El Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo**,** es un fondo monetario destinado al financiamiento total o parcial de diagnósticos y tratamientos de alto costo con Sistema de Protección Financiera. Se financiará con aportes fiscales, donaciones y herencias, cooperación internacional y rentabilidad que genere la inversión de los recursos del propio fondo.

Dentro lo los noventa días posteriores a la publicación de la ley, el Ministerio de Hacienda debe establecer los mecanismos, procedimientos y demás normas necesarias para la aplicación de los recursos y rendición de cuentas del Fondo para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo. Para ello existe una comisión que tendrá como función asesorar a los ministros de Salud y de Hacienda. Deberá monitorear el funcionamiento del Sistema y hacer recomendaciones. Los miembros de la Comisión serán designados por decreto supremo del Ministro de Salud y durarán cuatro años en sus funciones. Estará integrada por cuatro representantes de asociaciones de pacientes; dos representantes de asociaciones científicas; dos académicos de facultades de medicina de alguna institución de educación superior acreditada, y cuatro expertos del área de la salud designados por el Ministro de Salud, uno de los cuales asumirá la secretaría ejecutiva

El Sistema de protección financiera para Diagnósticos y Tratamientos de Alto Costo es financiado con un aporte Fiscal de hasta 100 mil millones de pesos en régimen, constituyendo el Fondo junto con la rentabilidad del mismo; donaciones, herencias y legados que se le hagan; aportes de cooperación internacional; y sus recursos no utilizados en el período anterior.

Para que se pueda asegurar el cumplimiento del objetivo principal de esta Ley es que se crea una Comisión ciudadana de vigilancia y control del sistema, la cual destaca el rol de la ciudadanía ocupa un rol trascendente en el funcionamiento del Sistema que regula esta ley.

La Comisión Ciudadana de Vigilancia y Control del Sistema tendrá como función asesorar a los ministros de Salud y Hacienda, a través del monitoreo del funcionamiento de este Sistema y de la respectiva elaboración de recomendaciones, estando facultada para conocer y ser informada sobre diversas materias por las instituciones relacionadas con este sistema.

Está conformada por

4 representantes de asociaciones de pacientes elegidos por éstos,
2 académicos de facultades de medicina,
2 representantes de asociaciones científicas y
4 expertos.

Además, todos los procesos involucrados en la ley, se encuentran afectos a las obligaciones de transparencia activa, para así facilitar la participación y control ciudadanos.

Conclusión

El marco normativo que regula la Salud Pública Chilena sirve como instrumentos que tornan dichos contenidos en obligatorios para la autoridad de salud y para la ciudadanía, así como para los diversos actores del campo de la salud. Por lo que las políticas, planes y programas de salud se instrumentan a través de normas, estas normas como leyes, decretos, reglamentos, y otros instrumentos, son implementados en el Estado en sus diversas manifestaciones, dando vida a lo que pretende implementar en materia de salud en beneficio de sus habitantes.

Es fundamental conocerlos para hacer efectivo el cumplimiento esos derechos y obligaciones de las partes. La norma es un vehículo y mediante su conocimiento y estudio, se puede explorar el contenido de la vida institucional de la salud en Chile. Es la autoridad de salud, quien por excelencia regula y fija normas y directrices en materia de salud.

Asimismo, los beneficiarios de este sistema de salud, de acuerdo a lo previsto en la Ley de Salud, deberán proporcionar oportuna y fielmente las informaciones que les sean requeridas para su adecuada identificación y atención por los organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Para su identificación, los trabajadores independientes y voluntarios deberán presentar el número de planillas de pago cotizaciones previsionales que determine la ley.

Bibliografía

Giaconi J. (1992). El Sector Público de Salud. Santiago: Cuadernos Médico Sociales.

Giaconi J. (1996). Escenario futuro del desempeño del médico en Chile. Santiago: Boletín del Hospital San Juan de Dios.

Giaconi J. (2013). El sistema de salud chileno. 23 de febrero, de Universidad Católica de Chile. Consultado en abril de 2016 de la World Wide Web: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_2.html

Romero, L. (2011). Modelos y Mecanismos de Financiamiento en Sistemas de Salud. Consultado en abril de 2016 de la World Wide Web: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/Presentaciones/Chile.pdf

Gobierno de Chile. (2015). Atribuciones de la Institución según DFL N°1, MINSAL. Consultado en abril de 2016 de la World Wide Web: http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-3033.html

Ley N° 18469. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 30 de junio de 1985.

Ley N° 18933. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 20 de diciembre de 1990.

Ley N°20.584. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 24 de abril de 2015.

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

UNIDAD Nº II
Marco legal y sistema de financiamiento del sistema actual

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

La situación general de Chile, permite categorizarlo como país emergente tanto en el ámbito socioeconómico y del desarrollo humano. Asimismo, la situación de la salud en general es concordante con el mejoramiento de la situación social y económica del país ocurrido en las últimas décadas y de forma sostenida, además del fortalecimiento de las políticas sociales enfocadas en superar la vulnerabilidad. El desarrollo y cobertura logrados en el desempeño del sistema mixto es característico del sistema de salud en Chile. El relativo buen nivel de salud alcanzado se refleja en aspectos como el aumento de la expectativa de vida al nacer, reducción de la mortalidad materna e infantil, y enfermedades transmisibles. La educación, el saneamiento, la higiene, las políticas de atención primaria de salud, las coberturas de inmunización y la atención del parto institucional con personal calificado han contribuido a estos logros.

En los últimos años se establece un sistema de financiamiento más equitativo en el sistema privado de salud, que se manifiesta en un incremento sostenido de la judicialización de las adecuaciones de precios notificadas por las Isapres. Es por es por eso que en agosto de 2010, el Tribunal Constitucional determina que debe existir mayor solidaridad etaria y de género en el financiamiento de los planes de salud privados y declara inconstitucional la aplicación de las tablas de factores de riesgo para la determinación de los precios de los planes de las Isapres.

En los diversos períodos de implementación del sistema de salud, especialmente desde 1952, el crecimiento de la infraestructura y recursos asistenciales en el sistema asistencial público (red asistencial a través del país) ha pasado por diversas etapas en el grado de inversiones, aumento y renovación de los centros asistenciales; el período más crítico fue entre 1973 y 1990, en que hubo una reducción del gasto público en salud y un marcado énfasis en la privatización del sistema. Desde 1990, se han hecho importantes esfuerzos de mejoramiento (especialmente en el gasto en salud y aumento de recurso humano asistencial) pero ello aún es insuficiente para recuperar al sistema público con el fin de permitir un adecuado desempeño y responder al importante aumento en la demanda asistencial. Ello está siendo más crítico debido al importante aumento producido en los adultos mayores (y enfermedades crónicas) y el mayor gasto en salud que ese grupo está demandado, lo que se espera sea incluso mucho mayor a futuro.

Ideas fuerza

La recaudación de recursos es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de compañías, organizaciones y hogares, así como de donantes

El proceso de compra consiste en el pago de dinero proveniente del fondo común a los prestadores de salud para que entreguen servicios de salud.

El sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes (los 28 servicios de salud), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud.

El sector privado está compuesto por aseguradoras llamadas ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) y una gran cantidad de prestadores individuales e institucionales.

3. FINANCIAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA

El financiamiento proviene de diversas fuentes, principalmente del Estado, las cotizaciones de trabajadores y las empresas. Por su complejidad y heterogeneidad, no es posible estimar el financiamiento global de salud en su totalidad. Sin embargo, se conocen y divulgan aquellas fuentes y gastos afectos a registros gubernamentales y cuentas nacionales, que tienen gran implicancia en el presupuesto nacional. El financiamiento del sistema global de salud incluye aportes públicos y privados, que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y provisión de servicios. El aporte público proviene del presupuesto general del Estado, basado en impuestos generales y específicos de las personas. El aporte privado incluye aportes directos e indirectos, por gastos de bolsillo de las personas y cotizaciones de los afiliados al sistema previsional privado. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, los copagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares que los usuarios efectúan directamente al prestador de servicios. El gasto total en salud fue de 8,3% del PIB en 2009 De ello, el 47,4 % es público y representa el 16% del presupuesto del Gobierno. El 64,6% del gasto privado es gasto directo o de bolsillo (que es el más regresivo). Entre 2005 y 2009, el gasto en salud per cápita aumentó de US$ 841 a US$ 1.185. A pesar de ese aumento, la proporción del gasto privado es mayor que la del público, lo que dificulta alcanzar universalidad con equidad y eficiencia en el sistema de salud (Vergara-Iturriaga, 2006)

De acuerdo al informe elaborado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, el gasto en salud ha mantenido un aumento progresivo en los últimos años, con un crecimiento promedio anual de 9.3%, representando a la fecha un 6,6% del PIB. Este aumento de gasto se ha relacionado con el envejecimiento de la población.

El gasto en Salud de gobierno central en el año 2000 fue de M$1.153.447, el cual ha ido en aumento durante la última década alcanzando M$4.021.593 - representando un gasto per cápita de $235.260 - en el año 2010. En 2010, ese gasto se destinó a:

- Servicios Hospitalarios (74,1%), incluyendo Organismos de Salud del Ejército, Dirección de Sanidad de la Armada, Organismos de Salud de la Fuerza Aérea de Chile, Hospital de Carabineros, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Inversión Sectorial en Salud, Servicios de Salud, (menos Centros de Prevención Alcoholismo y Drogadicción), Central de Abastecimiento Sistema Nacional de Servicios de Salud y Gobiernos Regionales.

- Salud NET (24,4%), incluyendo Subsecretaría de Salud (excepto el Programa Nacional Alimentación Complementaria), Fondo Nacional de Salud, Venta Electrónica de Bonos FONASA y Superintendencia de Salud

- Servicios de Salud Pública (1,5%): incluyen Programa Nacional Alimentación Complementaria, Centros de Prevención Alcoholismo y Drogadicción e Instituto de Salud Pública (Ministerio de Salud, 2014)

3.1. Panorama General

En América Latina y el Caribe se ha visto un progreso significativo hacia la cobertura universal en políticas sociales y de salud. Desde comienzos de la década de 2000, con 46 millones de personas adicionales que en nueve países tienen al menos garantías nominales de recibir servicios de salud asequibles, señala una nueva publicación de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Banco Mundial (OMS, 2015).

La sostenibilidad en los sistemas de salud de Chile y Sudamérica dependen del sistema de financiamiento que los gobiernos implementen para la mejora de la salud y su eficiencia siguen siendo los principales desafíos para el desarrollo (OMS, 2015).

En Latinoamérica son varios los países que han hecho progresos significativos hacia la cobertura universal de salud, con el aumento en la cobertura y el acceso a servicios de salud de la población, el gasto público en salud, y una disminución de los pagos directos de su bolsillo pero a estos avances, aún resta mucho por hacer para cerrar la brecha de la equidad y abordar los nuevos retos de la salud en la región

El informe, *Avances hacia la cobertura universal de salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de algunos países seleccionados (2014)*, muestra que mientras los países han expandido la cobertura y el acceso a servicios de salud de la población, los más pobres aún no reciben los servicios necesarios, y no se brinda atención suficiente a las enfermedades no transmisibles, que producen la mayoría de las muertes en la región. Lo que deja en descubierto que la región ha aumentado su gasto en salud y ha reducido las brechas entre ricos y pobres en una serie de resultados clave de salud: ha aumentado la expectativa de vida de manera significativa, más niños viven para ver su primer y quinto cumpleaños, y menos madres mueren de complicaciones durante el parto, lo cual en un contexto de recursos limitados y de menor crecimiento económico, los países ahora

enfrentan el desafío de aumentar la eficiencia de sus sistemas de salud para continuar construyendo sobre estos logros (OMS, 2014)

El informe anteriormente señalado, refleja las inequidades de salud persistentes entre los países y también dentro de ellos, así como la imposibilidad de algunos sistemas de salud de abordar las cambiantes necesidades de salud. Mientras que la tasa de empobrecimiento debido a los gastos de atención de salud está disminuyendo, en nueve de los países analizados de 2 a 4 millones de personas fueron llevadas a la pobreza por los gastos de bolsillo en salud, entre ellos los de medicamentos que son el mayor factor de costo.

Mientras que muchos países de la región han logrado avances importantes en el nivel y la equidad en el acceso a servicios de salud materna e infantil, el informe subraya la urgencia de extender esos avances hacia las enfermedades no transmisibles, que representan una parte cada vez mayor de la carga de enfermedad. Los países de América Latina y el Caribe también se enfrentan a nuevos retos en la salud.

El desafío más grande que ahora enfrentan los países, señala el informe, es la necesidad de aumentar el financiamiento público y la eficiencia para expandir aún más la cobertura universal y para manejar poblaciones que envejecen con rapidez y la carga creciente de las enfermedades no transmisibles. Es por ello que resulta fundamental que los países exploren medidas financieras más efectivas y que se aumente la eficiencia de los sistemas de salud a través de reformas estratégicas que prioricen la atención primaria en salud. Alcanzar el compromiso de la cobertura universal requerirá de esfuerzos concentrados para mejorar la generación de ingresos de una manera sostenible.

En 2014, los Estados Miembros de la OPS adoptaron de manera unánime la estrategia regional para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, la cual reconoce el derecho a la salud como su valor central. Esta estrategia busca que las políticas nacionales y estrategias que promueven el acceso a la salud y la cobertura de salud sean firmemente orientadas a alcanzar el más alto nivel posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano

De esta forma se aclara evidencia de que los mejores resultados se han visto en los países que aumentaron el gasto público en salud y que han cubierto a toda su población e integrado sus sistemas de salud en lugar de mantener sistemas separados para los diferentes segmentos de la población han logrado mejorar los índices de desarrollo en el área de salud (Ministerio de Salud, 2014)

3.2. Financiamiento del Sistema Público de Salud en Chile

La definición de financiamiento para la OMS, es el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema (Vergara-Iturriaga, 2006). El propósito de esta función es establecer incentivos financieros correctos a los prestadores para asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud pública y a cuidados individuales efectivos.

Dentro del proceso de financiamiento, se entiende que la recaudación de recursos es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de compañías, organizaciones y hogares, así como de donantes. Por lo anteriormente señalado, es posible afirmar que existen muchas fuentes de financiamiento, como son los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud, las cotizaciones privadas voluntarias para aseguramiento de salud, el gasto de bolsillo y las donaciones.

Asimismo, el proceso de compra consiste en el pago de dinero proveniente del fondo común a los prestadores de salud para que entreguen servicios de salud. El sistema de salud chileno es mixto, compuesto por entes públicos y privados, por lo que corresponde a un sistema de aseguramiento mixto regulado.

Como bien se sabe, el sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes (los 28 servicios de salud), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Los Servicios de Salud corresponden a entes territoriales descentralizados del Ministerio de Salud que tienen una distribución diferente a la estructura político-administrativa del país cuya función consiste en articular, gestionar y desarrollar la red asistencial (ambulatoria y hospitalaria) correspondiente (MINSAL, 2011).

El sector privado está compuesto por aseguradoras llamadas ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional) y varios prestadores individuales e institucionales. Las fuentes de financiamiento predominantes del sistema son los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7% del salario tanto para ISAPRE como para FONASA) y el gasto individual de cada trabajador.

El financiamiento comprende una combinación entre aportes públicos y privados, los que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y de provisión de

servicios. El aporte público en salud proviene del presupuesto general del Estado, el cual se genera a partir de la recaudación de impuestos generales y específicos de las personas. Este se compone del aporte público o fiscal directo que corresponde a las asignaciones presupuestarias desde el Gobierno Central hacia el Ministerio de Salud y al aporte municipal, y del aporte público indirecto que corresponde a las transferencias de otros Ministerios hacia el MINSAL y a las cotizaciones obligatorias de seguridad social en salud que efectúan los trabajadores asalariados y las empresas a partir de sus ingresos imponibles.

Se consideran también las cotizaciones de los pensionados y del personal de las Fuerzas Armadas y de Orden. Existen dos grandes tipos de seguros; el seguro FONASA corresponde al seguro público, que recibe un aporte fiscal considerable, además de las cotizaciones de salud obligatorias de los trabajadores que lo eligen como seguro de salud. Este seguro permite acceder a las atenciones de salud que FONASA ofrece a sus beneficiarios, existiendo dos modalidades de atención: La modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE). La primera modalidad corresponde a las atenciones que proporcionan los establecimientos públicos de salud; así los beneficiarios pagan por la atención recibida según el grupo de ingreso en el que se encuentran. Aquellos beneficiarios más vulnerables no copagan por la atención recibida. La MLE aplica para cuando los beneficiarios de FONASA se atienden con prestadores privados previo copago. Es importante destacar que sólo acceden a esta modalidad de atención los beneficiarios de mayores ingresos. Las ISAPRE sin embargo, corresponden a seguros privados que administran las cotizaciones obligatorias de los trabajadores que las eligen, es decir, en la concepción tradicional de la seguridad social, administran fondos públicos (Ministerio de Salud, 2014)

Los seguros privados que administran aportes voluntarios y las donaciones tienen una reducida presencia en el contexto del financiamiento del sistema. Un caso especial lo constituyen los municipios, quienes aportan en relación directa con sus ingresos, en proporción variable, a los centros de salud primaria que los mismos administran. Además, estos centros reciben un pago per cápita del FONASA.

La atención en el nivel primario es predominantemente gratuita para los beneficiarios de FONASA. Los beneficiarios de ISAPRE pueden atenderse en estos centros pero deben pagar por la atención recibida. En la actualidad, la entrega de servicios de salud del sistema de salud chileno está estructurada sobre un arreglo básico que data de los años cincuenta y que implica una gran red de servicios de propiedad y gestión estatal a la cual se agrega, a

partir de la década de los ochenta, el desarrollo del sector de seguros previsionales privados y el consecuente desarrollo de servicios privados de provisión directa para los segmentos de ingresos altos y medios. Los seguros privados como mecanismos de extensión de la protección social en salud en Chile

En Chile, durante los años setenta el sentido de los cambios en el sector de salud, estuvo determinado por una visión de la sociedad de carácter más individualista y en la iniciativa privada, en un contexto de fuertes transformaciones sociales con esa orientación, así como en la reducción del tamaño del Estado y la limitación de su intervención. La experiencia chilena que ha influido en la tendencia de otros países de Latinoamérica en materia de seguros privados, y se puede describir como la incorporación de estos seguros, como por ejemplo la seguridad social, a partir de la idea inicial de dejar de hacer exclusivos a los tradicionales institutos de seguridad social, a diferencia del uso de los mismos como complemento de cobertura para quienes pueden pagar. La forma más característica de seguros privados se financian de manera total o parcial con los aportes obligatorios para salud que realizan las personas, las empresas y/o el Estado.

En el contexto de eliminar el concepto de seguridad social, se crearon en los años ochenta las ISAPRE. Esta transformación se tradujo en la aparición de un subsistema privado de beneficiarios de la seguridad social y un crecimiento significativo de los mismos en la década de los noventa sobre la base de ciertas condiciones especiales que se establecieron y apuntaron a garantizar el éxito del sistema. Como ya se ha señalado, el sistema asegurador previsional privado es un sistema de seguros individuales que las personas pueden financiar mediante sus cotizaciones obligatorias y que establece la tarifa de la prima a pagar en función de los riesgos. Por su parte, el sistema previsional público de salud consiste en un colectivo que se financia con cotizaciones en función de los ingresos más subsidios estatales.

Es así como surgen dos subsistemas que operan con sistemas de precios distintos: uno fija la tarifa de la prima por riesgos y otro en función de los ingresos. La consecuencia de ello es que en el primero estarán los más ricos y menos propensos a lo siniestro y en el segundo se concentrarán los más pobres y los mayores riesgos.

Respecto a la cobertura de la seguridad social en salud, si se aceptara la tesis de que es posible que ambos subsistemas coexistan y funcionen, en donde uno garantiza un mínimo para el conjunto de la población como una forma de “subsidiariedad” estatal y si se valora

como un hecho positivo que existan elevadas proporciones de población prepagando mientras otra parte de la población paga exclusiva y directamente de su bolsillo, los niveles de cobertura que se alcanzan en el caso chileno están lejos de ser lo que se necesita para lograr el bienestar social.

En el sistema actual se expone la forma en que evolucionó la distribución de beneficiarios en el Sistema Previsional de Salud en Chile entre los años 1985 y 2003. Como es posible apreciar, la proporción de población cubierta por el sistema previsional universal es alta durante todo el periodo, al tiempo que se observa una migración importante desde el sistema público al sistema privado. A partir de 1998, el crecimiento del sistema privado se detiene e inicia una declinación que lo lleva a cifras cercanas al 19% de la población en 2003.

Respecto al financiamiento del sistema de salud chileno de acuerdo con la lógica de las subfunciones del financiamiento que define la OMS, la recaudación dentro de las fuentes de financiamiento, las donaciones de países y organismos internacionales no juegan un papel relevante en el contexto chileno, por lo cual se excluyen del presente análisis. En primera instancia, se analiza la evolución de las fuentes de financiamiento del subsector público (aportes fiscales, cotizaciones y copagos) y del subsector privado (cotizaciones privadas obligatorias y voluntarias) en Chile. Los gastos público y privados aumentaron desde el año 1984 hasta la fecha; sin embargo, en el caso del gasto público, se observa un estancamiento en el periodo de inicio de operación de las ISAPRE, mientras que el gasto privado disminuye su velocidad de crecimiento en el año 1989, año en que la democracia retorna a Chile (Vergara-Iturriaga, 2006). Se destaca además que el gasto privado se mantiene en 40% desde 1990 a 1997 y luego comienza a decaer. Cuando se examina la composición del gasto público en salud se aprecia cómo, luego de la creación de las ISAPRE, en el año 1983, el mantenimiento del grado de gasto público se logró a través del incremento de cotizaciones, pero también a través de la introducción del copago en la modalidad institucional ajustado a los ingresos de las familias. De este modo, el subsistema público de salud empezó a ser financiado de manera cada vez más importante por las personas, mientras el aporte fiscal se volvió menos decisivo. A partir del año 1990 el fenómeno recién descrito empieza a revertirse (Ministerio de Salud, 2014)

Es preciso señalar, además, que las personas que migraron hacia la solución ofrecida por los aseguradores previsionales privados no suelen requerir subsidios del estado, de modo que, en rigor, la caída que se observa del aporte fiscal es para un grupo poblacional remanente que va cambiando su composición en cuanto al volumen de ingresos. Por otro lado, al revisar

las cifras aportadas por FONASA, se aprecia que una fracción del aporte de las personas provino directamente de los bolsillos (aporte directo de las personas), cifra que si bien es menor comparada con las cotizaciones no es despreciable en absoluto. En cuanto a este gasto de bolsillo, a pesar de que representa una fuente de financiamiento del sistema de salud, no está claro si puede considerarse una fuente de financiamiento de la protección social en salud del modo que sí lo son, en un sentido estricto, eventuales prepagos, aportes o cotizaciones de las personas.

Por lo general, en la discusión tradicional acerca de la cuestión de pagar "cuando el evento ocurre" es posible visualizar dos cosas:

a. Los pagos directos de bolsillo impuestos como modalidad de cofinanciamiento de prestaciones que los seguros cubren en forma parcial, dentro o fuera de los sistemas de seguridad social, por lo general representan formas de moderar, inducir o impedir la materialización de ciertos consumos sanitarios más que de obtener recursos completos. Es decir, responden a una racionalidad buscada por el asegurador, público o privado, que tiene que ver con la demanda. En último término, es un gasto que se vincula a un patrón de cobertura y de consumo sanitario predeterminado en el plan que podría responder a definiciones sanitarias apropiadas.

No se debe olvidar que el gasto público se compone del aporte fiscal, las cotizaciones del sistema público, los ingresos de operación y el copago del usuario. No se dispone de datos sobre el aporte de los municipios a la atención primaria de su comuna. El gasto privado se compone del ingreso operacional de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (que incluye cotizaciones y aporte de los empleadores) e ingreso de explotación de los seguros privados voluntarios

b. Las personas pueden destinar proporciones variables de recursos al financiamiento de sus necesidades de salud. Estas necesidades de salud incluyen el copago de prestaciones relacionadas con seguros privados, el pago de medicamentos, de medicina informal o no institucionalizada, de medicina formal sin acreditación suficiente, problema típico de países con debilidades regulatorias o conflicto de intereses en el ente rector que administra directamente la provisión de servicios, el pago de prestaciones que no suelen ser cubiertas por los seguros como de manera típica sucede con la salud mental, en la medida que se ha ido haciendo más importante, y la salud oral, a la que los sistemas organizados de seguridad social y de

salud para indigentes eluden por tradición. Es decir, situaciones que representan una desprotección financiera frente a problemas relevantes y otros casos en que el gasto se vincula a consumos poco relevantes.

El sistema de atención de salud de libre elección que operó a través de este último carecía de infraestructura propia y actuaba como un "asegurador" que celebraba convenios con prestadores en la modalidad de pago por prestación otorgada. Este sistema operó durante muchos años controlando con firmeza el gasto por la vía de copagos elevados. De hecho, el sistema nunca financió el gasto en medicamentos en esta modalidad, y corría por entero a cargo de las personas. A juicio de los autores, esta modalidad de atención del subsistema público contiene la combinación de dos elementos clave para entender la estructura actual del sistema de salud en Chile y algunos de sus problemas. El primero corresponde a un sistema de subsidios públicos a la demanda y el segundo a una modalidad de pago por prestación que en el mundo entero se desea abandonar por su impacto sobre el incremento de los costos, no obstante el control vía copago.

Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2003 (CASEN 2003), en primer lugar, en el sistema de salud chileno se observa una marcada segmentación de la población de acuerdo con los niveles de riesgo o gasto esperado. Un buen indicador de este riesgo lo constituye la distribución por grupos de edad tanto en el sistema público como en el privado. Cuando se analiza esta distribución se observa que, se trate de hombres o de mujeres, el subsistema público de salud concentra más de 83% de la población en el segmento de edad de 70 y más años, mientras que el porcentaje de la población perteneciente al mismo segmento en el subsistema de seguros privado es menor de 6%. Por otro lado, del total de mujeres de 20 a 39 años (en periodo de edad fértil), más de 70% está afiliado al subsistema público, mientras este porcentaje disminuye casi en 10 puntos en el caso de los hombres, a pesar de que el subsidio maternal por reposo pre y posnatal está a cargo del Estado. La decisión de que el subsidio maternal fuese con cargo al Estado se tomó después de la creación del sistema ISAPRE con el fin de facilitar el desarrollo de éste e impedir la discriminación.

El propósito no se alcanzó por completo debido a los costos asociados al parto, eventos prácticamente ciertos en la edad fértil. En cuanto a los subsidios cruzados entre distintos niveles de ingreso, las cifras muestran que el porcentaje de la población en el subsistema público es inversamente proporcional a las percepciones económicas, desde 91.1% en el primer quintil a 33.6% en el quintil superior. En el subsistema privado se observa lo contrario;

la pertenencia a éste crece desde 1.6% en el primer quintil hasta 50.5% en el quinto. Es decir, la seguridad social chilena no logra distribuir los riesgos entre todos los miembros de la sociedad, ni tampoco es capaz de generar subsidios cruzados entre diferentes niveles de ingreso. Compra (producción y consumo de atención médica por subsistema) Por último, se analiza la tercera subfunción del financiamiento, que es la de compra de servicios. Los sistemas de salud necesitan asegurarse de que el paquete de servicios de salud que suministran conduce a conseguir sus objetivos, en especial el que se refiere a aumentar el grado y distribución de la salud.

La OMS postula que la forma de asegurar esto corresponde a la “compra estratégica”. Para la compra estratégica existen tres desafíos fundamentales: ¿Qué comprar?, ¿A quién comprarle?, ¿Cómo comprar?, ¿Qué comprar?

Cuando un sistema de salud decide qué comprar lo hace después de pasar por un proceso de priorización, sea implícita o explícita, que determina cuál es la canasta de servicios que se ofrecerán a la población en un periodo dado. Una forma de analizar este ámbito consiste en revisar la cantidad de dinero asignada a los distintos niveles de atención. El dinero que FONASA asigna al nivel primario de salud en su modalidad institucional es bastante menor al asignado a los niveles secundario y terciario, los que representan casi la mitad del gasto total. A pesar de esto, se observa un esfuerzo del seguro público por aumentar la proporción de dinero asignado al nivel primario, la que llega a 12% en el 2003 (Ministerio de Salud, 2014)

Cada mecanismo de pago posee una serie de incentivos que influyen en las conductas de los prestadores en términos de las cantidades, la calidad, los tipos y efectividad de los servicios que ofrecen. En Chile, por lo general, las ISAPRE utilizan el pago por acción prestada, mientras que FONASA recurre a un conjunto de mecanismos de pago.

En su modalidad institucional FONASA realiza transferencias a los servicios de salud que corresponderían a un presupuesto denominado por partidas, aunque parte de estas transferencias corresponden a pagos por prestación destinados a programas prioritarios, según se acaba de ver. Por otro lado, el financiamiento de la atención primaria municipal se realiza a través de un pago

En general se comprueba un aumento en número de todos los tipos de prestaciones así como en el gasto derivado de las mismas. Además, se aprecia un crecimiento importante del

gasto en la modalidad libre elección, la cual, de manera histórica, se usa en forma preponderante en prestaciones ambulatorias que en atención cerrada debido al costo de los copagos. Es importante destacar que, en proporción, el gasto aumenta mucho más que el número de prestaciones. Por otro lado, es posible analizar cómo varió el número y costo de los distintos tipos de prestaciones en el tiempo.

El GES es parte de la reforma de salud en desarrollo en Chile y consiste en la garantía explícita de atención de salud para todas las personas aseguradas en términos de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Además del GES, el seguro público prioriza de manera explícita otras prestaciones, a las que paga por acción prestada directamente a los Servicios de Salud, como son los programas del Adulto Mayor, de Oportunidad de la Atención y de Prestaciones Complejas, por lo que también se observa un aumento importante de las atenciones abiertas (ambulatorias) y los procedimientos relativos a las prestaciones de atención cerrada, como las intervenciones quirúrgicas y los días-cama. Mención aparte merecen la hemodiálisis y peritoneodiálisis, ya que al tratarse de prestaciones que el nuevo Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) garantiza, aumentan al doble.

El gasto total está compuesto por transferencias a los servicios de salud según un presupuesto histórico, subsidios por incapacidad laboral, gastos en salud pública, gastos en administración y otros. La mayor interfaz existente es aquella que se deriva de la modalidad de libre elección del presupuesto público. Se verifica el aumento importante del gasto asignado a programas prioritarios en los últimos años.

Los subsistemas público y privado de salud en Chile enfrentan numerosas restricciones para el intercambio, y ello se debe en parte a que la venta de prestaciones médicas por parte de los hospitales públicos a los aseguradores privados para sus beneficiarios se encuentra limitada, así como también lo está el uso de recursos de la modalidad institucional del presupuesto público para comprar prestaciones a entes privados destinadas a beneficiarios del subsistema público, el que tiene límite. A pesar de esto, la proporción de gasto en esta modalidad se mueve alrededor de 16%, aunque esta proporción se encuentra en ascenso. La operación de estos subsistemas como verdaderos “estancos” ha conducido al país a desaprovechar el uso de la capacidad instalada y a duplicar los esfuerzos de inversión (Ministerio de Salud, 2014)

Entre los principales mecanismos de pago se reconocen los siguientes:

- Pago per cápita: el pago se realiza de forma prospectiva por cada individuo inscrito con ese proveedor.
- Pago por acción prestada: el pago se realiza una vez que la acción tuvo lugar.
- Pago por caso específico: dada una cierta clasificación de pacientes, se realiza un pago fijo al prestador por cada caso. Su uso predomina en hospitales.
- Presupuesto global: pago total fijado con anticipación para cubrir un periodo determinado.
- Presupuesto por partidas: presupuesto que se asigna de acuerdo con categorías específicas (p. ej., salarios, medicamentos, equipos, etc.).

En Chile existe una alta proporción de personas cubiertas por los seguros de salud existentes, es decir, prepagando atención de salud o recibiendo subsidios del Estado. Sin embargo, dada la estructura de financiamiento del sistema de salud chileno, existe una tendencia importante a la segmentación de la población, sea por riesgo

En el campo de los mecanismos de pago al interior del sector público de salud, desde 1994 se han implementado pagos asociados a resultados, los que se han concretado a través de los Pagos Asociados a Diagnóstico (PAD).

En el ámbito presupuestario, en 2002 se introdujo el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) como una importante partida del presupuesto sectorial. Pero, aún con estos antecedentes, gran parte de los presupuestos siguen siendo asignados históricamente, representados en términos presupuestarios a través del Programa de Prestaciones Institucionales (PPI), reproduciendo defectos tales como: desvinculación con objetivos e impactos sanitarios esperados, incoherencia entre transferencia de recursos y desempeño de los Servicios de Salud, desvinculación con resultados en calidad, eficiencia, inconsistencia entre oferta y demanda que generan listas de espera, que derivan finalmente en inequidad, falta de acceso a la salud y por ende insatisfacción usuaria.

Las PPV (Prestaciones Valoradas): Prestaciones realizadas es hospitales que fueron costeadas por FONASA y que deben ser programadas y monitoreadas en su cumplimiento mensualmente para que sean pagadas como producción del Hospital. PPI (Prestaciones Institucionales): Pago de Programa presupuestario, denominado Pago Histórico. La situación actual de distribución de recursos en atención secundaria y terciaria (donde la asignación de recursos para patologías AUGE/GES sigue el mismo patrón), privilegia un pago asociado a producción, que se ha realizado para parte del presupuesto institucional y para los recursos

adicionales que se han ido inyectando en el gasto del FONASA. Este volumen de recursos se ha hecho a través de los programas especiales, como el Programa del Adulto Mayor y el Programa Oportunidad en la Atención. Como consecuencia de ello, una proporción cercana al 50% del gasto hospitalario del FONASA corresponde a PPV. Pareciera que la tendencia es a lograr que una proporción cada vez mayor del gasto hospitalario corresponda a PPV, de modo de hacer más transparente y eficiente este gasto. No obstante esta tendencia, como se señala más adelante, el desarrollo de este tipo de pagos y presupuesto por acto, levanta serias dudas en un contexto de impulso de la reforma y la necesidad de propender a la contención de costos en el sistema, la integración sanitaria entre diferentes niveles asistenciales y disminuir los incentivos perversos o de sobre consumo sanitario.

Por otra parte, durante el año 2003 se diseñó un sistema de asignación capitado a nivel del presupuesto de los Servicios de Salud que se denominó Per Cápita Ajustado por Necesidades (PAN). Este sistema generado desde el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) y consensuado con el FONASA, sirvió durante ese año para la asignación de recursos marginales, como orientación para la toma de decisiones. La idea era que su utilización pasara desde el ámbito normativo y consultivo para las asignaciones de dineros de deuda, hacia un criterio real de asignación territorial de recursos. No obstante, este intento a la larga no prosperó y ya, hacia fines de 2004, dejó de tener injerencia, conservando su importancia a nivel de análisis y estudios sobre la asignación de recursos.

3.3. Descripción de los mecanismos de pago actuales

Se pueden distinguir dos períodos en las reformas financieras emprendidas por el FONASA desde la mitad de los años noventa: los desarrollos antes del año 2002 y las modificaciones introducidas posteriormente. En la primera etapa se diseñaron los mecanismos de pago PAD y PPP (pago por prestación), ambos para la atención hospitalaria, el Per-cápita para la atención primaria y los llamados Programas Especiales para la atención primaria y de los niveles superiores. En la segunda etapa, se empezó a retribuir a los hospitales en forma creciente con estos métodos de pago, con lo que el vínculo entre resultado y asignación de recursos creció en forma importante. Tanto a nivel hospitalario como a nivel de la atención ambulatoria secundaria existe una mezcla de mecanismos de pago, donde predominan el PPP y el PAD. La selección de diagnósticos que incorpora al mecanismo de pago PAD, se efectuó considerando aspectos tales como la importancia de ellos en el total del gasto, su frecuencia y las patologías factibles de ser estandarizadas en su resolución (FONASA,1999).

En la atención primaria se aplica una combinación del Per-Cápita y de asignaciones presupuestarias específicas (por ejemplo, para resolver listas de espera en especialidades). El mecanismo de pago mixto se caracteriza por tener un componente de pago prospectivo y otro retrospectivo, con el fin de equilibrar: los costos, la eficiencia en el suministro de prestaciones sanitarias y la calidad de la prestación (calidad del resultado sanitario) entre el prestador, el beneficiario y las entidades aseguradoras-compradoras. En Chile tenemos un creciente pago por actividad (PAD, PPV y GES) sustituyendo parte de la transferencia histórica de los presupuestos y un pago per-cápita en la atención primaria. Chile ha adoptado una estrategia de pagar a los proveedores fundamentalmente en base a acto médico. Si bien en el ámbito público se trata de un sistema de pago "sombra" sin efectos reales sobre el financiamiento real, este sistema de pago que pretende emular precios mediante el establecimiento de tarifas o aranceles por servicio, se muestra incapaz de acotar precisamente las tasas de crecimiento en costos de los prestadores de servicios. Los problemas de los sistemas de pago por acto médico son suficientemente conocidos: suponen un incentivo al volumen y, la sobre utilización, lleva a la tendencia de obtener una macro ineficiencia con una implícita explosión de costos y la inviabilidad financiera a largo plazo para el sistema de salud.

Figura 1

Seguro Privado (ISAPRES)	**Seguro Publico (FONASA)**
Provee beneficios financiados por7% de cotizaciones + un complemento + copagos.	Provee beneficios financiados por 7% de cotizaciones mas aporte fiscal, sin complemento y copago máximo de 20% en grupo C y D.
Difiere del Seguro Público:	Difiere del Seguro Privado:
1. Afiliación es selectiva por ingreso y pre-existencias (vincula prima a riesgo en forma individual) con pooling a nivel de cada ISAPRES.	1. Afiliación no selectiva (no vincula prima a riesgo en forma individual), 1 pool para todo el sistema.
2. Se caracteriza por un acceso y consumo de productos y servicios de carácter principalmente curativos.	2. Se caracteriza por acceso a plan de beneficios promocionales, preventivos y curativos.
3. Protección financiera varía con el tiempo y depende de capacidad de pago.	3. Ante un suceso catastrófico de baja probabilidad a edad temprana, el gasto de bolsillo esperado por el individuo es mucho menor a igual efectividad de tratamiento.
	4. Es de por vida

(**Fuente**: Extraído en febrero de 2016 de la World Wide Web: http://www.chile21.cl/wp-content/uploads/2014/05/Presentacion_Fonasa_7-15-2014.pdf/.)

3.4. Marco Teórico de los mecanismos de pago y los incentivos de los proveedores

La nueva propuesta de asignación de recursos incorpora dos fases claramente diferenciadas. La primera de ellas es la de asignación territorial de recursos, donde se utilizarán criterios de asignación de recursos, como la capitación ajustada por riesgos, primando el objetivo de equidad y teniendo en cuenta objetivos sanitarios, de manera que los recursos se asignen allí dónde se necesitan. A la vez, en términos de agentes involucrados y sus funciones, el rol preponderante lo tendría el MINSAL. La segunda fase de asignación de recursos consiste en la aplicación de mecanismos de pago, dirigidos a programas y producción de prestaciones de salud, para transferir periódicamente los recursos hacia los proveedores, con el fin de administrar riesgos e incentivos hacia los establecimientos que producen acciones de salud, que se obliguen a suministrar prestaciones con mayor nivel de calidad sanitaria y eficiencia. El objetivo preponderante, a este nivel es el aumento de la eficiencia por medio de compartir riesgos, en el marco del presupuesto asignado en base al mecanismo anteriormente señalado, en el caso chileno el rol fundamental en esta etapa debería corresponder a FONASA y a los Servicios de Salud.

El financiamiento global de la salud es gastado por diversos entes ejecutores y a través de varios mecanismos, principalmente en sus componentes de gasto público y gasto privado. El gasto público en salud se considera inserto en el llamado gasto social, efectuado por el gobierno, de los fondos fiscales asignados en el presupuesto nacional a los llamados sectores sociales: educación, salud, vivienda, bienestar social, seguridad social y desarrollo regional. Los sistemas de pago que usan información pasada para pagar actividades corrientes son llamados sistemas prospectivos. Entre ellos pueden encontrarse, dependiendo de lo anterior, los mecanismos de pago que usan los Grupos Relacionados a Diagnóstico (GRD), la Capitación, el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) y el Pago por Prestaciones Valoradas (PPV) siempre y cuando, además de lo ya señalado, los cupos sean limitados para cada prestador. Este tipo de pagos se caracterizan por compartir el riesgo con el proveedor y su comportamiento individual, en general, no afecta el pago de la aseguradora correspondiente. La principal ventaja de este sistema es la contención de costos que tiene a causa de compartir los riesgos con el prestador. Por otra parte, la desventaja de este mecanismo de pago, si no se ajustan los riesgos sanitarios, es de entregar una baja intensidad y oferta de prestaciones sanitarias a causa de una baja motivación y esfuerzo por parte del prestador por tener un reembolso limitado. Sus efectos pueden ir más lejos seleccionando los pacientes de bajo riesgo y deshaciéndose de los pacientes de alto riesgo,

derivando estos a otros establecimientos. En definitiva, se caracterizan estos mecanismos de pago por la tendencia a la micro-ineficiencia y macro-eficiencia.

Entre los mecanismos de pago retrospectivos se caracterizan por utilizar información del período corriente para pagar la actividad del mismo período. Entre ellos se encuentra el Fee-for-Service (tarifa por servicio), el Pago Por Prestación (PPP), el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), el Pago por Prestaciones Valoradas (PPV) y el GES siempre y cuando, además de lo anterior, los cupos sean ilimitados para cada prestador (open-ended). Estos se caracterizan porque pueden producir una espiral y explosión de costos y porque el proveedor puede afectar el pago correspondiente (dado el período de información que se usa para los cálculos). En teoría dan mayor estímulo al proveedor para entregar prestaciones sanitarias de alta calidad, en comparación por ejemplo con la capitación plana, siempre y cuando no sea ajustado por los riegos sanitarios correspondientes de la población asignada. La mayor desventaja de este tipo de mecanismo es el riesgo moral por parte de la oferta y demanda, que nos lleva a la macro-ineficiencia con una implícita explosión de costos y a su vez a la micro-eficiencia. Tomando en cuenta lo anterior, los mejores métodos de pago son los sistemas mixtos, donde existe una parte prospectiva y otra retrospectiva para lograr equilibrar: los costos sustentables y manejables, el riesgo moral de la oferta y demanda y la calidad de la prestación, que en definitiva repercutirá positivamente en la calidad de vida de todos los ciudadanos. El compartir los riesgos con los prestadores (oferta sanitaria), no es el único método para contener costos, sino también se contienen compartiéndolo con el paciente (co-pagos). Riesgo Moral (RM): Se entiende por RM por parte de la oferta cuando existe una inducción a la demanda a causa del mecanismo de pago 100% retrospectivo y se entiende por RM por parte de la demanda cuando existe sobre-utilización por parte del paciente que está 100% asegurado8. En ambos casos la distribución del riesgo recae sobre el seguro.

3.5. Mecanismos de pago mixto

Los mecanismos de pago mixtos han incursionado y han ganado terreno en diferentes sistemas de salud en el mundo (Inglaterra, Dinamarca, Australia, EEUU) en comparación con los mecanismos de pagos puramente prospectivos o retrospectivos.

El mecanismo de pago mixto se caracteriza por tener una componente de pago prospectivo y otro retrospectivo, con el fin de equilibrar: los costos, la eficiencia en el suministro de prestaciones y la calidad de la prestación sanitaria entre el prestador, seguro y el paciente y

además incentiva la integración sanitaria y la prevención. El acceso de la población a prestadores con altos grados de calidad sanitaria es fundamental para lograr la equidad en un sistema de salud donde todo ciudadano tiene el derecho de alcanzar su máxima capacidad de salud a lo largo de su vida. Para lograr este objetivo, es crucial analizar los incentivos hacia los prestadores a través de los mecanismos de pago y entender el comportamiento productivo de los prestadores, cuando están en juego sus costos y beneficios marginales.

La asignación capitativa ajustadas por riesgo es un mecanismo a través del cual se intenta dar contenido operativo a este criterio de equidad (asignar los recursos sobre la base de las necesidades sanitarias) es el de las asignaciones capitativas ajustadas por riesgo. Una capitación se puede definir como la cantidad de financiamiento de servicios sanitarios que son asignados para la atención sanitaria de una persona con ciertas características para un determinado periodo de tiempo y un servicio en cuestión, sujeto a una restricción presupuestaria global. Por lo tanto, mediante la ponderación de la población o las asignaciones capitativas lo que se hace es calcular un precio a cada ciudadano dependiendo de sus necesidades sanitarias. Y la manera de obtener este precio es mediante el ajuste de riesgo que busca una estimación in sesgada de los costos sanitarios relativos de una persona dadas sus características. Estas características serán las que tengan mayor influencia sobre las variaciones en el gasto sanitario, tales como la edad, el sexo u otras características socioeconómicas. El método de ajuste capitativo por riesgo, al reducir la variabilidad entre el gasto esperado de un individuo y el financiamiento que reciben los SNSS reduce los incentivos de realizar actividades de selección de riesgos y mejora la calidad sanitaria. Los sistemas capitativos ajustados por riesgo tratan de reflejar las necesidades relativas de gasto sanitario de una población integrada por individuos heterogéneos. En la medida en que estas asignaciones capitativas reflejen adecuadamente las necesidades sanitarias, la asignación de recursos resultante representará una asignación equitativa desde el punto de vista de la igualdad de oportunidad de acceso a los servicios para una misma necesidad. Ahora bien, el empleo de fórmulas capitativas con carácter prospectivo también puede inducir a mejorar la eficiencia en la prestación de la atención sanitaria dado que este sistema de asignación puede hacer más responsable a los proveedores de los beneficios y costos de sus acciones. Sin embargo, los mecanismos de marcado carácter prospectivo también pueden introducir incentivos a la reducción de la calidad de los servicios prestados si no existe algún tipo de regulación o de control de estas variables.

Por último, la visión más generalmente aceptada de equidad como objetivo de los sistemas sanitarios es la de proporcionar igualdad de oportunidad de acceso a los servicios sanitarios para una misma necesidad. El método a través del cual este concepto de equidad se hace operativo a través del financiamiento, es la asignación de recursos idénticos ante necesidades sanitarias iguales o, en otros términos, que la asignación de los recursos entre diferentes poblaciones dependa de sus necesidades sanitarias.

4. CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

Chile es uno de los países sudamericanos que mejor ha avanzado en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En los últimos años en Chile se han fortalecido las políticas sociales para hacerlas más amplias y de mejor calidad, con aumento de los derechos explícitos y protección antes situaciones como la enfermedad, la pobreza, el desempleo, la vejez y la discapacidad. El Gobierno de Chile cuneta con una Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Dicha estrategia reconoce la importancia del enfoque multisectorial, y ha convocado para su implementación a las diferentes instituciones públicas y privadas del país, así como, a una variada gama de organizaciones ciudadanas, universidades, asociaciones de profesionales e institutos de investigación científica.

Chile es un país con mucha potencialidad en el campo de la cooperación dentro del cono sur, lo cual está siendo aprovechado por la Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), y también por el resto de las agencias y programas de Naciones Unidas acreditadas en el país. Se dispone de un Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) para el período 2011-2014 donde, además de destacar las capacidades de cooperación de Chile con otros países, se identifican áreas de cooperación externa para enfrentar desigualdades de ingreso, de género, territorial y étnicas. Para el período 2011-2014 el MANUD identifica cinco áreas de cooperación: reducción de las desigualdades y pobreza; fortalecimiento de la democracia y la ciudadanía; cambio climático, sostenibilidad ambiental y energética; cooperación del cono sur y apoyo a la reconstrucción por el desastre acontecido a principios del 2010.

El gasto público es realizado por el sector público y puede descomponerse como sigue:

- El gasto fiscal, del Gobierno Central, financiado con fondos del presupuesto nacional, asignados al Sector Salud, cuyo ejecutor es el Ministerio de Salud.

- El gasto que realizan otros sectores e instituciones del Estado (como los Ministerios de Educación, Interior, Defensa), de fondos fiscales, para gasto específico de acciones de salud.
- El gasto en actividades de salud ejecutado por las municipalidades, de fondos provenientes de sus ingresos tributarios y de otras fuentes propias.

- El gasto realizado por las instituciones públicas, de fondos provenientes del aporte privado y que por ley deben ser administrados por el sector público: los aportes previsionales recaudados por FONASA; el pago directo de servicios otorgados por las unidades de atención del sector público; las donaciones y otros.

El 2010 el presupuesto fue de 3.320.408 MM de pesos. A nivel público el presupuesto general del estado se compone de un aporte directo e indirecto el primero corresponde al fiscal, a las asignaciones presupuestarias desde el gobierno central que corresponde el 52% del total del presupuesto, siendo el aporte indirecto las contribuciones obligatorias de seguridad social en salud por parte de asalariados y empresas, además de transferencias desde otros ministerios al MINSAL, incluyéndose además las cotizaciones de pensionados y personal de Fuerzas Armadas y Orden En lo privado, el presupuesto de compone de un aporte directo relacionado a gastos de bolsillo de las personas que representan el 73% del presupuesto y los indirectos (27% del presupuesto) a las cotizaciones adicionales voluntarias de los afiliados a ISAPRE y al pago de primas de seguro de salud. El financiamiento total al sistema público de salud ha aumentado entre 2000 y 2001, en todos sus estratos.

Asimismo, la atención hospitalaria concentra el 58% del gasto en salud, mientras que la atención primaria gasta el 20% a pesar de resolver el 90% de la demanda asistencial del sistema. La tendencia general muestra un aumento sostenido al doble del gasto en todos sus componentes referente al quinquenio anterior. Destaca que las mayores actividades financiadas son la atención hospitalaria y la atención primaria de salud, en otros se encuentra principalmente el funcionamiento de CENABAST, FONASA, regulación y rectoría sanitaria (ISP, Servicios de Salud, Subsecretarías de Salud y Redes Asistenciales). La distribución de fondos de FONASA a la atención primaria bajo administración municipal se basa en una estimación per cápita de la población registrada, corregida por factores de pobreza, ruralidad y otros factores

El Informe de la Comisión Presidencial de Salud (Diciembre 2010), analizó una serie de problemas y desafíos, relacionados directa o indirectamente con el financiamiento global del sistema.

FONASA ha experimentado un significativo aumento del componente fiscal de sus ingresos.

La red pública de consultorios y hospitales sufre de muchas deficiencias en su organización, lo que le impide responder en forma dinámica a las cambiantes necesidades de sus beneficiarios generando en éstos altos grados de insatisfacción.

Las ISAPRE enfrentan cada vez más conflictos con sus clientes, los que han judicializado sus reclamos principalmente por el incremento en los precios.

Los centros privados, debido al modelo de compra por parte de los seguros, se orientan al pago por prestaciones, lo que presiona a un incremento de los costos e impide dar solución global a los problemas de salud de una población.

El citado informe reconoce que la tarea de proponer ulteriores reformas en salud es intrincada y laboriosa y posiblemente se van a requerir plazos prolongados para alcanzar un consenso nacional. El envejecimiento de la población tendrá un efecto importante en el gasto de la atención de salud, en que probablemente influirá el aumento de adultos mayores e incremento de tecnologías de alto costo para tratar a ese grupo. Sólo considerando el aumento de habitantes de ese grupo (asumiendo en forma conservadora que se mantendría el patrón de atención específica en atención hospitalaria, ambulatoria y costo de medicamentos), estos van a aumentar exponencialmente durante la década, especialmente en lo que se refiere a hospitalización.

Conclusión

La continuidad en la implementación de políticas públicas y buen desarrollado institucional en salud constituye la línea de base para alcanzar buenos indicadores sanitarios nacionales, incluyendo una amplia cobertura integral de salud.

Para ello es fundamental alcanzar la disponibilidad de recursos de personal de salud bien calificados y la existencia de una amplia red de servicios de salud. Asimismo, la existencia de una Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020 conlleva crear estrategias que canalicen aquellas medidas para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles lo que representa lo más pesado de la carga de salud del país, poniendo en tensión las futuras políticas de desarrollo nacional.

La población chilena está mejor informada respecto a sus problemas de salud y aumenta la demanda por una atención efectiva y de calidad, es por ello que el gasto de bolsillo es relativamente elevado como proporción del gasto total en salud. El territorio chileno es propenso a situaciones de desastres que requieren cada vez mayor y mejor preparación para su abordaje.

Bibliografía

Ley N° 18469. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 30 de junio de 1985.

Ley N° 18933. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 20 de diciembre de 1990.

Ley N° 20.584. Diario Oficial de la República de Chile, Santiago, Chile, 24 de abril de 2015.

Vergara-Iturriaga, M. (2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. Consultado en abril de 2016 de la World Wide Web: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n6/a10v48n6.pdf

Ministerio de Salud (2014). Estructura orgánica del Ministerio. Gobierno de Chile.

OMS (2011). Estrategia de Cooperación. Organización Mundial de la Salud. Consultado en abril de 2016 de la World Wide Web:
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_chl_es.pdf?ua=1
OPS (2014). Estrategia regional para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud

Organización Mundial de la Salud. (2014*).* Avances hacia la cobertura universal de salud y la equidad en América Latina y el Caribe*. OMS*

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe anual de OPS/OMS y Banco Mundial. Consultado en abril de 2016 de la World Wide Web: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=638:cobertura-de-salud-alcanza-a-46-millones-de-personas-mas-en-america-latina-y-el-caribe-dice-informe-de-opsoms-y-banco-mundial&catid=662:representacin-en-chile&Itemid=1005

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

UNIDAD Nº III
Gestión del cliente

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

El Sistema de Salud Chileno ha tenido un desarrollo y organización que ha ido creciendo y desarrollándose en forma pausada; sin embargo, su mayor expansión ocurrió a partir de 1900, cuando el rol del Estado de Bienestar se ve fortalecido en la toma de decisiones. El modelo actual proviene de la reforma asistencial, estructural, financiera y previsional ocurrida en la década de los ‘80 y es resultado del modelo neoliberal y de Estado de Bienestar. Desde 1990 en adelante se ha producido una serie de reformas específicas en el sistema de salud, lo que ha resultado como un sistema de carácter mixto.

Cuenta con un marco legal y normativo, con un rol rector y regulador del Estado a través del Ministerio de Salud. El financiamiento proviene principalmente del Estado, cotizaciones de trabajadores y empresas tanto públicas como privadas, aunque también del financiamiento del paciente y/o su familia. El organismo regulador es la Superintendencia de Salud como ente que vela por el cumplimiento de las garantías de aseguramiento y provisión de servicios.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es el responsable de la atención pública de salud. Los servicios de atención primaria están en su mayoría bajo la administración de los municipios y tiene amplia cobertura y realiza atenciones ambulatorias en centros urbanos y rurales. Los hospitales también realizan atención de nivel primario en sus consultorios ejecutando acciones de promoción, prevención, atención continua, rehabilitación y se desarrollan programas de salud de las personas coordinados por el Ministerio de Salud.

Ideas fuerza

El sistema de salud se basa en una serie de políticas sanitarias, cobertura y desarrollo en el área de protección social, que representa un logro de agenda que se requiere mantener y son el resultado de un proceso de toma de decisiones.

Las limitaciones que hasta hoy prevalecen en el sistema público implican la necesidad de revisión y propuestas de cambios estructurales acerca del sistema de salud, buscando asegurar la sustentabilidad financiera y de personal capacitado

El diseño y construcción de la mayoría de hospitales del SNSS corresponde al volumen y tipo de demanda de atención que existía o se proyectaba al momento en que dicho establecimiento fue construido.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) cuenta con 29 Servicios de Salud territoriales que tienen responsabilidades de acción sanitaria sobre territorios geográficos definidos, que puede ser de alcance regional o sub-regional. Estos son organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, que tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

1. PERSPECTIVAS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO EN LA ENTREGA DE SERVICIOS

El sistema de salud se basa en una serie de políticas sanitarias, cobertura y desarrollo en el área de protección social, que representa un logro de agenda que se requiere mantener y son el resultado de un proceso de toma de decisiones.

Las limitaciones que hasta hoy prevalecen en el sistema público implican la necesidad de revisión y propuestas de cambios estructurales acerca del sistema de salud, buscando asegurar la sustentabilidad financiera y de personal capacitado ya que las dificultades son primordialmente en la distribución de recursos, financiamiento, aseguramiento, gestión y calidad de la atención de la salud en los sectores más vulnerables. Al ser parte de la agenda pública pues se constituyen como un problema público, se requiere una mayor equidad en la distribución del recurso asistencial que favorezca acceso a una atención de calidad y responda de forma eficaz y eficiente a las necesidades de la población. En cambio, el sistema prestador privado de servicios de salud es más amplio y cuenta con más agentes prestadores, distribuidos a través de todo el país como clínicas, centros médicos, laboratorios y farmacias.

La idea que se mantiene presente en la agenda pública es una reforma estructural que logre mantener los objetivos sanitarios ya alcanzados y enfrentar los desafíos del envejecimiento, cambios de la sociedad, disminuyendo la inequidad en salud y mejorando la calidad de los servicios.

Los Perfiles institucionales de los Servicios de Salud presentan un resumen o breve síntesis de cada uno de ellos. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) cuenta con 29 Servicios de Salud territoriales que tienen responsabilidades de acción sanitaria sobre territorios geográficos definidos, que puede ser de alcance regional o sub-regional. Estos son organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, que tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas. La red asistencial en cada Servicio se organiza y coordina en niveles según complejidad asistencial. Constituye un conjunto de establecimientos asistenciales que pueden ser depender directamente del Servicio de Salud, de las municipalidades, o bien corresponder a otros

establecimientos públicos o privados que suscriben convenio con el Servicio de Salud para prestar servicios delegados. El conjunto de establecimientos de la red deben colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

1.1. Infraestructura del SNSS

Los recursos hospitalarios del SNSS se distribuyen en las 15 Regiones, las cuales tienen distinta proporción de población y cobertura según distribución geográfica asignada y número de hospitales, cada uno con distinto grado de complejidad tecnológica y especialidades ofrecidas.

En 2009, había 60 hospitales de alta complejidad en el SNSS, que representan 29,2% de los hospitales de ese sistema y 14,7% de los hospitales del país (MIDEPLAN, 2009) Éstos tienen especialidades complejas y uso de tecnología más complejo, por ocupar el máximo nivel de complejidad de las redes asistenciales de las cuales forman parte cada uno tiene una función de referencia de pacientes y se ubican en grandes centros urbanos o en capitales regionales. Un tipo especial de hospital de alta complejidad lo constituyen los institutos nacionales, en general concentrados en una especialidad predominante de alto nivel y pueden recibir referencias desde diversas regiones del país. En la actualidad existen el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional de Psiquiatría; el Instituto Nacional de Geriatría, el Instituto Nacional de Neurocirugía; y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica, todos centralizados en Santiago.

Los hospitales tienen distinto grado de complejidad tecnológica y especialidades que ofrecen. En 2009, había 99 hospitales de baja complejidad, lo que representa una proporción de 47,1% de los hospitales del SNSS y 24,6% de los hospitales del país. A pesar de que esos hospitales constituyen casi la mitad de los existentes en el SNSS, la cantidad de camas es baja, por cuanto su tamaño fluctúa entre 30 y 100 camas, mientras que en los hospitales de mayor complejidad existen centenas de camas por establecimiento. Ello es más notorio en comunas o grupos de comunas metropolitanas que tienen cientos de miles de habitantes pero no cuentan con hospital (como Maipú), o bien su estructura y oferta no responde al extenso volumen de población cubierta (Puente Alto, comunas del área Oriente) (MINSAL, 2009). No se cuenta con información rutinaria y oficial que permita distinguir entre provisión

de servicios asistenciales públicos y privados, y frecuentemente se presentan mezclados, como es el caso de egresos hospitalarios, o bien se difunde las atenciones del SNSS.

El diseño y construcción de la mayoría de hospitales del SNSS corresponde al volumen y tipo de demanda de atención que existía o se proyectaba al momento en que dicho establecimiento fue construido. Sin embargo, la población y demanda cubrir ha aumentado ostensiblemente.

1.2. Provisión de servicios asistenciales de salud

La organización actual del sistema de salud permite que tanto los proveedores privados como públicos puedan ofrecer servicios asistenciales al mercado abierto. Los clientes pueden provenir tanto de grupos no asegurados ni afectos a previsión y que es capaz pagar los servicios recibidos al momento de recibirlo; los usuarios de ISAPRE; los usuarios de otros seguros y convenios como de accidente laboral o escolar; los beneficiarios de FONASA en categorías C y D en modalidad Libre Elección; los beneficiarios del sistema AUGE-GES (para las patologías y condiciones específicas establecidas); y los beneficiarios del sistema público que están afecto al programa de reducción de listas de espera (MINSAL, 2015).

La provisión de servicios asistenciales de los diversos prestadores, en que hay mayor información en la atención de salud prestada por el Sistema Nacional de Servicios de Salud. En este proceso se incluyen servicios de atención a las personas en el rango de curación, promoción, prevención, rehabilitación y servicios paliativos, pero también bienes y servicios orientados a brindar promoción de la salud. Estos grupos pueden acudir a todos los tipos de proveedores de proveedores públicos o privados que estén abiertos al mercado asistencial global.

Dada la apertura de los servicios públicos y de las Fuerzas Armadas al mercado abierto, los centros asistenciales de los servicios de salud y los que están bajo administración municipal pueden ofrecer servicios a todo tipo de asegurados y a no asegurados, para lo cual cuentan con aranceles diferenciados: en modalidad institucional (pago interno del SNSS por prestaciones); modalidad de libe elección en FONASA (copago del usuario FONASA) y aranceles privados o particulares.

Entre los tipos de proveedores que ofrecen servicios asistenciales al mercado abierto destacan:

- Hospitales, clínicas, centros de atención ambulatoria, laboratorios, centros diagnósticos o terapéuticos especializados de propiedad privada
- Centros asistenciales de los Servicios de salud
- Centros de Atención Primaria bajo administración municipal
- Centros de Fuerzas Armadas y de Orden
- Otros proveedores privados sin fin primario de lucro.

Los clientes que acuden a servicios asistenciales privados pueden tener origen de previsión privada o pública, o no tener previsión formal:

- Particulares (sin tener o hacer uso de algún sistema previsional, al momento de uso de la atención)
- Usuarios de ISAPRE
- .Usuarios de otros seguros y convenios
- .Beneficiarios FONASA
- Beneficiarios del sistema AUGE-GES
- Beneficiarios del sistema público asistencial en programas de reducción de listas de espera.

En la atención ambulatoria, la oferta privada incluye consultas médicas y odontológicas en todas las especialidades y subespecialidades y los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico. Estas pueden estar instaladas como oficinas privadas individuales o en agrupaciones denominadas centros médicos. En estos últimos se ofrecen también

prestaciones diagnósticas y terapéuticas de diversa complejidad. Asimismo, se cuenta con centros especializados en diagnóstico por imágenes, laboratorios clínicos y de terapia física, entre otros.

Cabe hacer notar que las redes de prestadores privados que en su mayoría están articuladas por las ISAPRE y sistema de cobertura adicional de enfermedades catastróficas (o CAEC) y operan en modalidad cerrada y ambulatoria en forma progresiva. La red privada de prestadores incluye también las redes de farmacias, las ópticas y los proveedores de prótesis y otros productos médicos.

El 42% de las prestaciones otorgadas en el país corresponden al carácter de provisión privada. La participación de los prestadores privados se ha mantenido relativamente estable a través del tiempo por la demanda de prestaciones de beneficiarios del sistema público, que la cual ocupan 46% del total de las prestaciones realizadas por el sistema privado.

En relación a las Fuerzas Armadas y de Orden, cada rama posee una red de prestadores de diversa complejidad con regulación desde el Ministerio de Defensa. Entre éstos se encuentra la Dirección de sanidad de la Armada, la División de sanidad de las Fuerza Aérea, el Comando de Salud del Ejército, La Caja de previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) y la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile las cuales gestionan y administran la red de prestadores propios y en convenio entregando una cobertura nacional a sus beneficiarios, integrando la medicina curativa y preventiva. Además, se cuenta con la medicina tradicional, que dada su naturaleza informal y heterogénea, no tiene mayor registro de proveedores y acciones relacionadas con salud.

Además del SNSS, existen otras instituciones del subsector público que cuentan con sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada; destacar los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras.

La provisión de servicios asistenciales puede sintetizarse por la cobertura alcanzada en atención profesional del parto y de algunas vacunas seleccionadas. Como referencia para estimar morbilidad y demanda percibidas de atención de salud, la Encuesta CASEN (2009) incluyó el reporte de las personas que refieren haber tenido alguna enfermedad o accidente y consecuente atención tres meses antes de entrevista. Según esta fuente, 14,0% declaran

haber tenido una enfermedad accidente, 11,4% recibió atención y 2.5% no tuvo atención. El grupo de 20 a 29 años declara haber tenido sólo 7,1% de enfermedad o accidente, pero esta proporción aumenta según la edad, alcanzando a 23,5% de los mayores de 70 años. En todas las edades, la mayoría de casos percibidos como enfermedad o accidente reciben atención. Además, Se registró un total de 52.566.645 prestaciones curativas prestadas a los beneficiarios de ISAPRE en el año 2009, de las cuales el 23% son atenciones médicas, el 40% son exámenes diagnósticos, 23% son procedimientos de apoyo clínico/terapéutico, 1% intervenciones quirúrgicas y el 3% a otras prestaciones. Dando una razón de 19 prestaciones por 1000 beneficiarios de ISAPRE, al comparar la distribución por sexo se observa mayor promedio de prestaciones en mujeres que en hombres (22.7 y 15.5 por 1000 beneficiarios respectivamente). Del total de prestaciones registradas por las Isapres el 4.7% fue otorgado en el sistema Público. (CASEN, 2009)

El 42% de las prestaciones médicas otorgadas en Chile son carácter de provisión privada. La participación de los prestadores privados se ha mantenido relativamente estable a través del tiempo por la demanda de prestaciones de beneficiarios del sistema público, que ocupan 46% del total de las prestaciones del sistema privado.

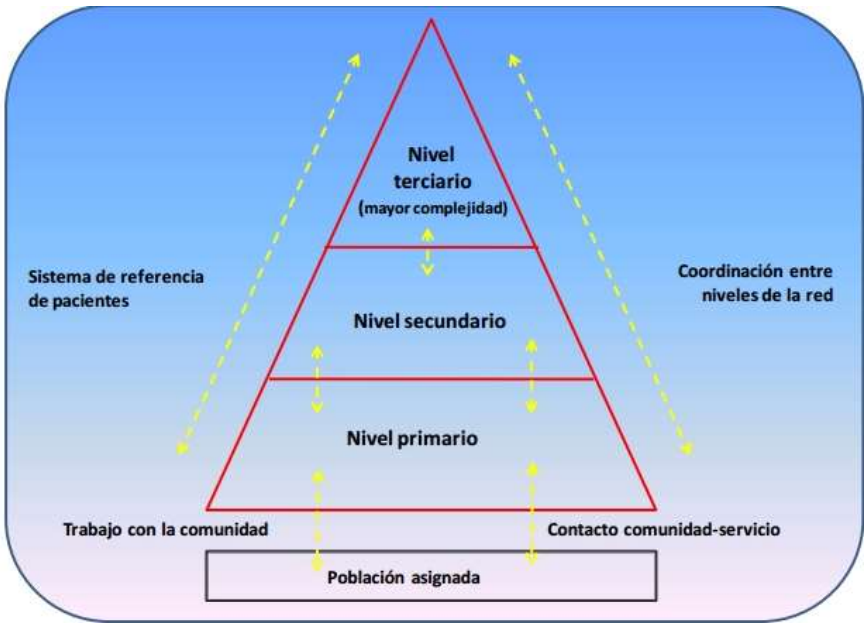
La gran interacción de provisión de servicios privados entregada a asegurados públicos tiene múltiples causas, entre las que destacan la opción legal de un beneficiario de seguro público de elegir al proveedor, la necesidad de los centros asistenciales públicos de sobrevivir económicamente abriendo la oferta de servicios al mercado abierto, la búsqueda de retención de personal calificado del sistema público, como lo es el caso de los especialistas, por lo que se impulsan programas de disminución de listas de espera en hospitales públicos que no cuentan con capacidad para responder a demanda asistencial, lo que se acrecienta con la garantía explícita de atención (GES) que incluye la atención oportuna de los casos de patologías incluidas en dicha garantía.

La Superintendencia de Salud en 2011 realizó un estudio que definió que los centros de salud más usados habitualmente por los beneficiarios FONASA son los consultorios del SNSS (63%) y los hospitales públicos del SNSS (41%) mientras que 11% usa servicios de urgencia del SNSS. En proporción menor, usan servicios de prestadores privados: 14% usa consultas médicas privadas, 9% usa centros médicos y otros, 8% usa hospitales privados (clínicas) y 3% reporta usar hospitales universitarios (las categorías preguntadas no son excluyentes). Los usuarios de ISAPRES usan principalmente hospitales o clínicas privadas (50%) y consultas médicas privadas (37%), así como centros médicos, radiológicos y otros

(27%). En menor proporción, usan hospitales públicos (8%), consultorios del SNSS (4%) y servicios de urgencia del SNSS (3%).

Las implicancias para los planes de recuperación del sector asistencial público, permiten responder efectivamente y con calidad a las demandas de atención de la población beneficiaria, lo cual a su vez abarca mejoramiento de todos los aspectos relacionados con la red asistencial pública y monitoreo de del mercado global de provisión de servicios a los diversos grupos de la población.

Figura 1



(Fuente: Extraído en marzo de 2016 de la World Wide Web: http://www.ochisap.cl/images/PerfilServiciosSalud.pdf/.)

1.3. Atención de salud en el SNSS

Los procedimientos técnico-administrativos que corresponde seguir a la gestión municipal, y la supervisión por parte del Servicio de Salud, norman respecto a las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, programas de salud en vigencia, definición de actividades asistenciales de apoyo diagnóstico y aspectos administrativos del funcionamiento. El Municipio se compromete a cumplir la normativa técnica y ministerial, con

autonomía para la gestión del recurso que administra, y someterse a la supervisión técnica de la autoridad de salud.

Cada Municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el ambiente cuando corresponda. Igualmente se define las responsabilidades de los Servicios de Salud. Se otorgan las prestaciones de los programas de salud con la participación de profesionales y personal auxiliar de acuerdo a criterio técnico y normas vigentes al respecto. Estos centros atienden patología simple y derivan a los establecimientos de mayor complejidad del Servicio de Salud aquellos problemas médicos que excedan su nivel de resolución.

Tradicionalmente existen consultorios en base a medicina general y atención primaria de salud, estos pueden ser tanto urbanos como rurales. Sin embargo, el gran cambio de la demografía con crecimiento de ciudades no se ha correspondido con la consiguiente red asistencial que sea pertinente a las nuevas demandas poblacionales de atención, y no se han construido hospitales de modo suficiente para compensar el aumento de población. Por ello, se ha desarrollado una serie de tipos distintos de centros asistenciales ambulatorios, que no sólo incluyen medicina general y familiar, sino que distintos grados de especialidad y complejidad tecnológica de la atención. La búsqueda de retención de profesionales incluye incentivos y mejoras de salarios, también se programa lograr un mayor equipamiento, con tecnología apropiada.

Con lo anterior, se propone fortalecer la atención de nivel primario, con mayores recursos y capacidad resolutiva (disminuyendo derivación a niveles más complejos), favorecer el acceso oportuno de la población a una atención de calidad, y aumentar la equidad de acceso a la atención, disminuyendo la brecha entre comunas de distinto nivel socioeconómico.

2. SALUD EN REGIONES

La división político administrativa de Chile establece actualmente 15 Regiones, las que se distribuyen de norte a sur del país y cuentan con muy diverso tamaño y volumen de población. Éstas a su vez incluyen provincias y comunas. La última reforma administrativa del país se realizó en 1974, que determinó 13 Regiones. En 2007, el número aumento a 15 luego de la subdivisión en dos de ellas. La región del extremo norte del país, Tarapacá, se subdividió para dar origen a una nueva denominada Arica y Parinacota (antigua provincia) y dejar a la antigua provincia de Tarapacá, que mantuviera mismo nombre regional. En la Región de los Lagos, la provincia de Valdivia fue segregada para formar la nueva Región de Los Ríos. Además, la Región Metropolitana concentra 40,3% de la población del país, mientras que hay otras que sólo concentran 1% de la población nacional.

El Ministerio de Salud tiene atribuciones administrativas y está representado en cada región, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud, existen 29 Servicios de Salud territoriales que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), cuyo número fluctúa entre uno y seis Servicios por Región.

Por la particular geografía del país y su gran variedad así como de lugares con asentamiento urbano, las regiones del país tienen distinto grado de urbano ruralidad y predominio de producción. Ello también influye en características socioeconómicas y otros determinantes sociales de la población. Sin embargo, las variaciones registradas en salud entre regiones no tienen mayor sistematización entre determinantes sociales y salud, especialmente por cuanto las diferencias más claras se encuentran al interior de cada una de ellas, e incluso al interior de cada comuna.

La cobertura de nivel primario y de los programas básicos de las personas, reflejada por la atención materna, infantil e inmunizaciones, mantiene una alta cobertura nacional. La atención de niveles más complejos provista por el sistema asistencial público es variable entre regiones y depende de la disponibilidad de centros y recursos más que de diferencias provenientes de la demanda. El sistema de garantía Explícitas de salud (GES) favoreció un aumento en la demanda de atención por parte de beneficiarios públicos y privados, pero no hubo aumento correspondiente en recursos ni capacidad en los centros del SNSS para dar respuesta institucional a la demanda de beneficiarios públicos. Ello generó listas de espera importantes y privatización parcial de la atención GES de los beneficiarios públicos. No existe

información más definida o precisa de atención de salud más compleja de los sistemas público y privado (como hospitalizaciones, atención de día o acciones de apoyo diagnóstico y terapéutico) que permita comparar la cobertura en provisión de servicios a los distintos grupos de población y grupos de beneficiarios previsionales, y en las distintas áreas geográficas del país.

En la última década y en línea con la tendencia observada en las décadas anteriores, el desarrollo económico y social en Chile se ha acompañado de un avance paulatino en el nivel de salud y del sistema de salud. El mejoramiento de condiciones de vida, de la protección social y la incorporación de nuevas políticas y planes de salud han favorecido el notable avance en la reducción de las enfermedades infecto-contagiosas, problemas materno-infantiles, mortalidad evitable y prematura y prolongación de las expectativas de vida, así como al desarrollo de un sistema mixto nacional de salud con gran cobertura previsional y de provisión de servicios. Sin embargo, hay desigualdades sociales que repercuten en desigualdades en salud, con brechas que son injustas y posibles de subsanar. El mismo nivel de desarrollo alcanzado en el nivel, diversidad y tendencias en salud representa un nuevo nivel de desafío (más exigente), para las políticas, planes y estrategias que es necesario adoptar para continuar mejorando el nivel de salud, conservar los logros ya alcanzados, disminuir la inequidad en salud y fortalecer la estructura y funcionamiento del sistema de salud (especialmente su componente público).

La participación y responsabilidad de progreso involucra a toda la comunidad. Las prioridades destacadas incluyen mejorar la gestión, calidad y seguridad de la atención, satisfacción de usuarios, el modelo de atención y redes integradas de atención, incorporación de tecnologías de comunicación y la información en la gestión y la atención, y mejor acceso a medicamentos. La mayoría de estos temas han sido abarcados por el proceso de Modernización del Estado y la descentralización, abarcando nuevas responsabilidades y atribuciones a nivel local y regional entregando directamente funciones administrativas a nivel local y regional.

3. LA SALUD EN COMUNAS

La comuna representa la unidad básica de la división político-administrativa del país, y es el mayor nivel de desagregación en que se reportan estadísticas oficiales de tipo demográfico, social y de salud. En los procesos de descentralización administrativa del funcionamiento gubernamental del país se ha delegado a los municipios (gobiernos comunales), la administración en temas tan relevantes como la educación pública y la atención primaria del sistema público de salud. El tamaño de población de las 346 comunas existentes en Chile es muy diverso, pues fluctúa entre más de setecientos mil habitantes en Puente Alto y menos de mil habitantes en nueve de ellas (INE, 2011).

Chile cuenta con un importante contenido de información estadística, a distintos niveles del país, en temas demográficos, sociales y de salud, lo que incluye el nivel de comunas. Sin embargo, hay limitaciones que deben ser consideradas cuando se comparan indicadores comunales de desarrollo y salud. En comunas altamente densas, especialmente aquellas ubicadas en las áreas metropolitanas, se produce una falacia ecológica dado que la cifra comunal no representa en forma homogénea a grupos internos cuya situación pueda diferir bastante de la cifra promedio. Por otro lado, aspectos sociales cruciales que se relacionan con salud como aquellos relacionados con pobreza y privación, ruralidad, etnias originales y saneamiento, se concentran en comunas pequeñas, donde tienden a producirse pocos eventos anuales relacionados con salud como nacimientos, enfermedades y defunciones de causas específicas, lo que se traduce en indicadores inestables de corto plazo (anuales).

4. LOS SERVICIOS DE SALUD DEL SNSS

Los Perfiles institucionales de los Servicios de Salud presentan un resumen o breve síntesis de cada uno de ellos. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) cuenta con 29 Servicios de Salud territoriales que tienen responsabilidades de acción sanitaria sobre territorios geográficos definidos, que puede ser de alcance regional o sub-regional. Estos son organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, que tienen a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

La red asistencial en cada Servicio se organiza y coordina en niveles según complejidad asistencial. Constituye un conjunto de establecimientos asistenciales que pueden ser depender directamente del Servicio de Salud, de las municipalidades, o bien corresponder a otros establecimientos públicos o privados que suscriben convenio con el Servicio de Salud para prestar servicios delegados. En la medida que la difusión de información gubernamental fortalezca su contenido y calidad, y sea más oportuna, se podrá contar con diagnósticos y panoramas de situación más sólidos, pertinentes y útiles. Ello es necesario para conocer y vigilar la situación de salud actual de un modo más adecuado y oportuno, con sus logros, brechas y carencias, así como los desafíos sanitarios que dicha situación representa. El conjunto de establecimientos de la red deben colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

Las limitaciones de acceso y cobertura de servicios asistenciales se relacionan tanto con aspectos o barreras de la demanda como con aspectos de recurso y capacidad de respuesta del sistema de salud. Sin embargo, no se cuenta con estudios de brechas y necesidades de fortalecer la oferta, en términos de suficiencia y equidad, en los distintos tipos de centros y niveles de la red asistencial, para que constituyan un sistema efectivo y coherente con las necesidades de salud de la población

Los registros e información son relativamente más completos y precisos sobre la provisión de servicios del SNSS, especialmente en lo que respecta a la atención primaria de salud y las actividades correspondientes a los programas básicos de salud. En contraste, la información de la atención privada de salud no cuenta con registros completos o reportes globales muy precisos a nivel nacional, dada la gran diversidad de centros y actividades, y dificultades de registro rutinario, completo y homogéneo. En general se registran las acciones otorgadas a

beneficiarios de sistemas o previsionales, y no enfocadas en el prestador específico de salud.

Dado que la información más detallada proviene especialmente del sistema asistencial público, no es posible conocer y monitorear con mayor precisión y utilidad, la atención de salud más compleja que es provista a los distintos grupos de población y a beneficiarios tanto bajo cobertura previsional pública como privada. Para asegurar progreso en la acción y cobertura de niveles complejos, se requiere de adecuada información, monitoreo y evaluación, con un plan de salud nacional (pendiente) que pueda aplicarse y adaptarse a los diversos niveles administrativos y asistenciales del sistema global de salud.

Conclusión

Los indicadores de cobertura de nivel primario y programas de las personas indica una alta cobertura nacional. Esa cobertura es aportada por el sistema de salud en su conjunto (sectores público y privado). Se espera que dicha cobertura se mantenga, lo cual requiere adecuado monitoreo e incluso sistemas de auditoría efectivos orientados a resguardar la cobertura y calidad de la atención de salud. Destacan entre los índices la atención materna infantil y las inmunizaciones,

La atención especializada, tanto pública como privada, ha sido impulsada a enfrentar nuevas e importantes demandas adicionales que surgen de la aplicación del sistema GES. La ley que sustenta dicho sistema se concentra en la demanda de atención de salud, desde la perspectiva de la población. Sin embargo, no hay antecedentes claros que haya preparado a la capacidad de oferta, especialmente en el SNSS, para responder a dicha demanda, especialmente para tener capacidad de atender a los beneficiarios de FONASA que corresponden a más de tres cuartos de la población. El foco ha estado en protocolos, guías y exigencias de calidad a los centros de prestación de servicios, y no en el recurso y capacidad que se requiere para responder a dicha demanda. Esa limitación de centros del SNSS ha favorecido al mercado asistencial privado, que amplía sus servicios a beneficiarios públicos que no pueden acceder a centros públicos resolutivos, en desmedro del debido financiamiento, personal y otros recursos que el SNSS requería con urgencia para ser capaz de responder a los requerimientos de la demanda en virtud de la Ley GES.

La desigualdad social incluye diferencias en condiciones, consideradas determinantes sociales de la salud, entre los distintos grupos según nivel socioeconómico. Ello en detrimento de los más pobres y vulnerables. En 2011, el ingreso mensual promedio en hogares era de alrededor de $ 770 mil, con un ingreso per cápita de $232 mil. El desempleo continuó disminuyendo hasta 15% en 2011, año en que el 14,4% de la población estaba en condición de pobreza y 2,8% en indigencia (cuadro 2). Las Regiones de Araucanía, Bío-Bío y Maule tenían la mayor proporción de pobreza, con mayor ruralidad y proporción de población indígena. La pobreza es mayor donde hay más niños, adolescentes, en grupos familiares con jefatura femenina, en áreas rurales, y en los pueblos indígenas.

Bibliografía

MIDEPLAN (2009). Construyendo una visión del desarrollo nacional: Chile 2018. Ministerio de Desarrollo Social. Consultado en marzo del 2016 de la World Wide Web: www.ministeriodesarrollosocial.cl

Ministerio de Salud (2005). Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. MINSAL. Consultado en marzo del 2016 de la World Wide Web: www.minsal.cl

CASEN (2009). “Información Básica de Salud 2009. Región de Los Lagos. Consultado en marzo del 2016 de la World Wide Web: http://www.ochisap.cl

Ministerio de Salud: Proyección de población 2005-2020 (2015). Consultado en marzo del 2016 de la World Wide Web: http://www.deis.cl/?p=53

Instituto Nacional de Estadística, Compendio Estadístico (2013). Consultado en marzo del 2016 de la World Wide Web:
http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/COMPENDIO_2013.pdf

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL

SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

UNIDAD Nº III
Gestión del cliente

WWW.IPLACEX.CL

Introducción

En el marco de la Reforma de Salud en Chile, y en cumplimiento con el mandato otorgado por el nuevo marco legal, la Superintendencia de Salud ha iniciado el desarrollo de instrumentos necesarios para la Evaluación, Monitoreo y Seguimiento de la reforma, con énfasis en el Sistema ISAPRE.

Las distintas instituciones son capaces de observar desde diferentes perspectivas el proceso de implementación de la reforma, así como su impacto en el tiempo. En este contexto, se busca proponer el desarrollo de una instancia de evaluación conjunta y complementaria entre los distintos actores involucrados en el sector salud, en el marco de la reforma a la salud, a fin de poder contar con una evaluación global e integrada.

La Reforma de Salud responde al interés de modificar globalmente el sistema institucional de atención de salud, incluyendo no sólo cuestiones referidas al acceso a los servicios, sino también a cuestiones inherentes al mejoramiento de ellos. Se trata de materias relacionadas con calidad de atención, recursos humanos, relación prestadores-usuarios, participación y derechos ciudadanos, administración y financiamiento, entre otros. De acuerdo a los valores y principios orientadores definidos por el gobierno, se intenta crear un nuevo sistema institucional de salud que: asegure el derecho a una atención de salud adecuada; tienda a reducir las desigualdades en salud que son evitables e inequidades en salud; sea solidario, mediante un esfuerzo intencionado para que los más vulnerables tengan igual garantías que los más favorecidos; propenda a una mayor eficiencia en el uso de los recursos; e incorpore la participación social en salud, reconociendo a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Derechos, equidad, solidaridad, eficiencia y participación social constituyen el marco ético que debiera estar reflejado en los contenidos de los proyectos de Reforma de Salud y su posterior implementación, una vez transformados en ley.

Ideas fuerza

A nivel de los objetivos globales de la reforma, se intenta asegurar a la población la atención y resolución oportuna y efectiva de sus problemas de salud.

La reforma a la salud permitirá proveer de información relevante para analizar factores críticos y poder formular las medidas que corresponda, mejorar diseños de manera oportuna y prestar servicios de salud de manera óptima.

La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria (administrados por las municipalidades), los cuales ofrecen servicios curativos básicos, mediante una modalidad de atención abierta, a la vez que realizan actividades de fomento y prevención de salud.

Las GES se relacionan con la mejoría del acceso a los servicios de atención de salud. Así, las garantías conforman las herramientas para mejorar este acceso en forma oportuna y eficaz.

5. LA REFORMA A LA SALUD

La reforma de salud es un proceso de cambios importantes en las diferentes instancias y funciones del sector, con el propósito de aumentar la equidad en el acceso a la salud, la eficiencia en el uso de los recursos y la efectividad de las actividades de salud, para con ello, satisfacer las necesidades de salud de la población, en particular de los más vulnerables.

Todo ello en forma planificada, es decir, el período de reforma se caracteriza por ser una fase, intencionada, de transformación intensa del sector, sujeta a un período de tiempo determinado. El objetivo de una política de monitoreo y seguimiento de la reforma, no es otro que contribuir a una implementación que sea coherente con los objetivos que esta reforma se ha planteado. De este modo, se trata de conocer hasta qué punto los cambios en implementación están, efectivamente, contribuyendo a mejorar los niveles de equidad y eficiencia en salud. Consiste en describir y analizar los procesos asociados, teniendo en cuenta las distintas fases de avance y los actores involucrados, es decir, debe dar cuenta de la dinámica del proceso y sus contenidos.

De esta forma, esta política podrá proveer de información relevante para analizar factores críticos y poder formular las medidas que corresponda, para mejorar diseños de manera oportuna para prestar servicios de salud en forma oportuna.

5.1. Reforma de salud y Evaluación

Las Reformas de Salud, pueden ser definidas como procesos orientados a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias, niveles y funciones del sector, a través de estrategias y acciones, con el fin último de satisfacer mejor las necesidades de salud de la población. Los procesos de reforma han marcado los sistemas de salud en la mayoría de las regiones del mundo, durante al menos las últimas dos décadas.

Los contenidos de las reformas propuestas, y los procesos en sí, se han desarrollado, en relación a características particulares de cada región y país, y acorde con el contexto político, económico y social de cada uno. Aún a pesar de esto, se observan características comunes entre distintas regiones y países en el mundo, que responden fundamentalmente a los modelos económicos imperantes durante estas décadas, y a las reformas del Estado en su conjunto, que ellos conllevan. En términos generales, las razones que han impulsado los procesos de reforma del sector salud, pueden agruparse en ámbitos comunes como lo son:

a) aspectos relacionados con características de la población, como cambios demográficos, necesidades de salud cambiantes y expectativas crecientes por parte de la ciudadanía
b) aspectos relacionados con los sistemas de salud existentes, como costos crecientes, cambios tecnológicos, eficacia y eficiencia
c) aspectos ideológicos, relativos a la conveniencia de ciertos principios económicos en la organización de los sectores de seguridad social en general, y en salud en particular, como por ejemplo mercados, y el incentivo a la competencia
d) se observa un ámbito a nivel normativo, de principios rectores para el sector salud, como la disminución de las desigualdades del estado de salud y la equidad/inequidad frente a la satisfacción de las necesidades de salud de los diferentes grupos de población, entre otros. (OPS, 2006)

Cuales sean las razones, los gobiernos de diferentes países se han dado a la tarea de revisar sus sistemas de salud, y a buscar nuevas alternativas de financiamiento, organización y provisión de las atenciones de salud, para dar respuesta a las necesidades de salud de sus poblaciones en un mundo cambiante. Chile no ha sido la excepción.

5.2. La Reforma de Salud en Chile

Chile mantiene buenos indicadores de salud globales, y se encuentra en un rango destacado en comparación con otros países dentro de América Latina y el Caribe. Para continuar en el empeño de avanzar en el bienestar de la población, en especial respecto a las desigualdades existentes, se han propuesto cambios sustantivos a través de la Reforma del Sistema de Salud más acordes con los cambios demográficos y epidemiológicos y las necesidades de salud cambiantes que enfrenta el país, así como también, frente a los problemas del sistema de salud, y las inequidades evidenciadas.

Con esta meta fundamental, en base a los objetivos sanitarios y los grandes objetivos planteados por la Reforma, se han definido estrategias y acciones materializadas en las cinco leyes promulgadas entre los años 2003 y 2005.

- Ley N° 19.888, de 2003, conocida como la “Ley de Financiamiento”, publicada en el Diario Oficial el día 13/08/2003 que, entre otras medidas, considera alzas del IVA y de impuestos específicos para financiar dos importantes iniciativas en materia social: el Plan de Salud con Garantías Explicitas (Auge) para todos los beneficiarios del

FONASA y el Programa Chile Solidario, que busca ofrecer nuevas oportunidades de desarrollo e inserción social y productiva a las familias indigentes.

- Ley N° 19.895, de 2003, conocida como la "Ley Corta de Isapres", publicada en el Diario Oficial el día 28/8/2003 y que, entre otras materias, instruye sobre las normas de solvencia que deben cumplir las Instituciones de Salud Previsional y sobre las transferencias de cartera que pueden ocurrir entre éstas.
- Ley N° 19.937, de 2004, conocida como la "Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión", publicada en el Diario Oficial el 24/02/2004, mediante la cual se fortalecen las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial, como mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.
- Ley N° 19.966, de 2004, conocida como la "Ley del Auge", publicada en el Diario Oficial el 03/09/2004 que, en lo principal, establece un plan de salud obligatorio para el FONASA y las Isapres (el Régimen de Garantías o Plan Auge), consistente en confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social, y define garantías explicitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera.
- Ley N° 20.015, de 2005, conocida como la "Ley Larga de Isapres", publicada en el Diario Oficial el 17/05/2005 y que, entre otras materias relativas al funcionamiento del Sistema ISAPRE, regula el proceso de adecuación anual de contratos, las alzas de precios, las tablas de factores y establece el Fondo de Compensación Solidario para el GES entre las Isapres. (OPS, 2006)

Los objetivos centrales planteados por la Reforma a la salud se refieren a:

a. Mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud
b. Eficacia en las acciones realizadas
c. Adecuada protección financiera frente a los eventos de enfermedad
d. Mayor y mejor respuesta a las expectativas de la población
e. Mayor participación de la población.

Todo lo anterior, mejorando la eficiencia del Sistema en su conjunto, para asegurar la sustentabilidad en el tiempo Dentro de las estrategias planteadas por la reforma, se encuentra el régimen de garantías explícitas de Salud - GES. La introducción del Régimen de

Garantías Explícitas en salud es uno de los ámbitos de la reforma, que influyen en la atención de los problemas de salud, sin embargo, no puede dejar de considerarse que los otros ámbitos, de organización del sistema de salud, la autoridad sanitaria, el financiamiento global e incentivos financieros, influyen directamente en la capacidad de respuesta del sistema.

Las GES se relacionan con la mejoría del acceso a los servicios de atención de salud. Así, las garantías conforman las herramientas para mejorar este acceso en forma oportuna y eficaz. No obstante, se debe tener presente que a nivel de los objetivos globales de la reforma, se intenta asegurar a la población la atención y resolución oportuna y efectiva de sus problemas de salud, es decir, el acceso en su concepción más amplia, siendo las garantías el instrumento más que el fin en sí mismo.

5.3. Evaluación, Monitoreo y Seguimiento de las Reformas

Las reformas de salud son procesos, y el monitoreo, seguimiento y evaluación de éstas constituye una de las etapas del proceso, la que tiene por propósito conocer hasta qué punto las estrategias y acciones impulsadas, están efectivamente contribuyendo al logro de los objetivos planteados, y al principio fundamental de mejorar el estado de salud de toda la población.

En la experiencia internacional se señala que es importante que el diseño de las herramientas de evaluación y seguimiento, se desarrollen lo más precozmente posible dentro del proceso, a fin de detectar y corregir oportunamente los problemas evidenciados. Cabe destacar, que como en cualquier evaluación de una reforma y en especial en tan corto plazo desde su implementación, los resultados observados constituyen orientadores para ir avanzando en el proceso, más que calificadores de éxito o fracaso, conclusiones que serían inválidas a estas alturas de tiempo de desarrollo de la reforma. Por otra parte, las reformas, en tanto conjunto de cambios implementados a través de las políticas públicas, hacen necesaria su evaluación en forma multidisciplinaria, integrando a su vez las distintas Instituciones del sector, como a otros actores del proceso.

Estas reformas abarcan al sistema de seguros de salud y prestadores principalmente, y no se analizan tanto las reformas relativas al sistema de protección frente a accidentes del trabajo y enfermedades profesionales como las relativas a licencias médicas y subsidio de

incapacidad laboral. Hacia fines de la década de los setenta se autorizó a los obreros para hacer uso de los bonos del SERMENA, accediendo así a la libertad de elección.

El sistema de Salud en Chile financia las atenciones de salud de los empleados y sus cargas, bajo un esquema de libre elección de prestadores, pero no entregaba prestaciones directas y su base de financiamiento consistía en cotizaciones de los empleados dependientes y pagos directos de los beneficiarios al momento de solicitar una atención. El sector privado atendía a los beneficiarios de SERMENA que optaban por atenderse con prestadores privados, a la población que contaba con recursos para financiar su salud de manera independiente y a quienes pertenecían a algún otro sistema previsional. Hacia fines de la década de los setenta, el gobierno inició una serie de reformas estructurales que tenían como objetivos fundamentales la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del Estado y la adopción de un modelo de desarrollo económico y social inspirado en la economía social de mercado, el que se basa en el principio de subsidiariedad del Estado, en la participación activa del sector privado en la economía y en la asignación de los recursos a través del mercado.

En términos del marco regulatorio para el funcionamiento del sector de seguros de salud privada, durante gran parte de la década de los 80, FONASA asumió el papel de regulador del sistema ISAPRE. Sin embargo, la Ley 18.933, de 1990, crea la Superintendencia de ISAPRE, entidad encargada de fiscalizarlas, velar por el cumplimiento de la normativa y promulgar disposiciones relativas al funciona- 5 Este porcentaje incluye, aproximadamente, el 92% de los consultorios urbanos, un 100% de los consultorios y postas rurales y clínicas dentales, y un 40% de las estaciones médico-rurales (MIDEPLAN, 2009).

Finalmente, se implementaron medidas para mejorar los contratos entre los prestadores privados de salud y sus cotizantes, principalmente con la elaboración de compromisos de gestión entre el FONASA y los Servicios de Salud.

Con estas reformas, el sistema de salud chileno pasa a ser un sistema mixto, con participación de los sectores público y privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de los servicios de salud. El sistema de salud público es liderado por el Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área; y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud. La base productiva del sistema de salud público está conformada por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio de Salud posee y

opera varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación.

La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria (administrados por las municipalidades), los cuales ofrecen servicios curativos básicos, mediante una modalidad de atención abierta, a la vez que realizan actividades de fomento y prevención de salud. En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto.

Los beneficios que este sistema entrega son los mismos para todos. Se financia con la prima única equivalente al % de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación.

El sistema de salud privado está conformado por compañías aseguradoras de salud (ISAPRE) y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud, basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son las clínicas, hospitales y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público, por medio de una modalidad denominada de libre elección.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7 % de su renta imponible al sistema de salud, con un tope de 4,2 UF mensuales. Este pago puede ser realizado al FONASA, en cuyo caso la persona es beneficiaria del sistema público, o puede tener como destino una ISAPRE, formando parte del sistema de salud privado. La afiliación a una ISAPRE requiere de una prima determinada por cada ISAPRE y que depende del tipo de seguro que se esté comprando(MIDEPLAN, 2009)..

El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7%, para obtener mayores beneficios. Aquellos trabajadores de ingresos relativos más bajos que optan por la alternativa ISAPRE, tienen acceso a un subsidio estatal cuyo monto máximo alcanza al 2% del ingreso imponible. Los cotizantes se adscriben voluntariamente al sistema FONASA o al sistema ISAPRE. Por otra parte, los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, pero están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad de atención institucional y la modalidad de atención de libre elección.

En la modalidad institucional (atención cerrada), los cotizantes reciben las prestaciones de salud en hospitales o centros de atención primaria. En la modalidad de libre elección (atención abierta), los cotizantes reciben sus atenciones de salud de prestadores privados que están adscritos a esta modalidad.

La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, pero quedan exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La atención en los centros de atención primaria no requiere de copago. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de la modalidad de libre elección. Las personas cotizantes del sistema ISAPRE acuden a oferentes de salud privados y realizan un copago dependiente del contrato adquirido. Éste varía en función del nivel de la cotización, el número de dependientes y su edad, la cobertura de beneficios, etc.

El sector público de salud se financia principalmente a través de dos fuentes de ingreso: las cotizaciones de los afiliados al FONASA y el aporte fiscal directo. Una tercera fuente menor de financiamiento la constituye el copago para acceder a la modalidad de libre elección y a las prestaciones institucionales. Respecto al flujo de recursos, el FONASA recibe los recursos fiscales y de las familias para traspasarlos a los Servicios de Salud y a los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección. Los Servicios de Salud traspasan a su vez los fondos a los hospitales públicos, a los Centros de Atención Primaria y a subsidios diversos.

Los beneficiarios del sistema pueden elegir libremente a los prestadores. Las ISAPRE tienen sólo un rol asegurador que financia prestaciones de salud que son otorgadas por clínicas, doctores, y laboratorios independientes. Existen casos de redes de prestadores que se han organizado como ISAPRE. En el sistema ISAPRE la forma de pago de las prestaciones médicas consiste casi en su totalidad en pago por servicios (fee for service), con el cual se remunera la totalidad de las prestaciones médicas entregadas a un valor convenido entre el prestador y la ISAPRE. Este hecho, unido a que los pacientes sólo cancelan el copago por las prestaciones, hace que los prestadores de servicios de salud enfrenten pocos incentivos para reducir tanto el número de las prestaciones otorgadas como el costo de las mismas.

También es notable el control de la mortalidad asociada a enfermedades transmisibles (tuberculosis e infecciones) observada en el período 1960-1995, las que han disminuido de 53 por cada mil casos a 5 por cada mil casos y 193 por cada mil casos a 5 por cada mil

casos, respectivamente. Aunque con menor intensidad que la mortalidad infantil, la mortalidad en edades avanzadas también ha disminuido, lo que refleja principalmente los avances médicos y tecnológicos que han permitido la prolongación de la vida.

Debido a lo anterior, la esperanza de vida promedio de la población ha aumentado desde 58 años en el año 1960 a 75 años en el año 1995. En cuanto a la transición epidemiológica, Chile ha experimentado cambios importantes, lo cual se hace obvio al observar los cambios en el peso relativo de las enfermedades. Por ejemplo, en 1955 las enfermedades cardiovasculares, tumores y accidentes representaban un 18, 7 y 6% de las enfermedades, respectivamente. En el año 1991, éstas representan un 29, 20 y 12%, respectivamente. El mayor control de las enfermedades transmisibles como causantes de mortalidad y morbilidad ha conducido a la mejora significativa de los indicadores convencionales de salud. La reducción de enfermedades transmisibles, especialmente aquellas prevenibles con vacunas, ha sido uno de los éxitos epidemiológicos de la acción de salud emprendida en Chile. Mantener estos logros requiere continuar el esfuerzo en términos de vacunación, cobertura y calidad de los programas. Las enfermedades infecciosas como el cólera, tifoidea y hepatitis requieren de acciones focalizadas y de educación permanente de la población.

El éxito obtenido en la reducción tanto de la mortalidad como de la morbilidad en estos últimos 30 años se debe no tan sólo a los numerosos progresos económicos que ha experimentado el país, sino también a acciones sistemáticas y planificadas de salud, de alto impacto y con alta cobertura. No obstante estos cambios notables, en la última década se observa una desaceleración de la tendencia decreciente de la mortalidad general. Esto se explica principalmente porque las reducciones mayores en estos indicadores dependen crecientemente de las reducciones en mortalidad en grupos de población de mayor edad. Entre los problemas menos controlados en el país destacan los de salud mental, dental y accidentes (MIDEPLAN, 2009).

El país se encuentra en una transición demográfica. En poco menos de 30 años, Chile ha pasado de su condición de país eminentemente joven a ser un país intermedio en la actualidad. De hecho, en el año 1970, el 40 % de la población era menor de 15 años y el 4,5 % era mayor de 60 años, por lo que demográficamente la población era joven en esa época. Llegado al año 1995, en cambio, los menores de 15 años representan sólo un 30 % y van en descenso, mientras que los mayores de 60 años representan casi el 10 % y van en ascenso. El proceso de envejecimiento de la población permite anticipar cambios en la demanda de atención de salud. La atención de salud del adulto mayor es, en general, más costosa porque

requiere de una mayor tecnología, de cuidados de largo plazo, de una mayor frecuencia de hospitalización y de una mayor permanencia hospitalaria. A medida que se acentúan los cambios demográficos y epidemiológicos, se produce un incremento en la magnitud y severidad de las enfermedades crónicas no transmisibles. En la tendencia de envejecimiento que se observa subyace una gran diversidad interna entre los adultos mayores y los ancianos, producto de las diferentes condiciones de vida que configuran distintos cuadros de carencia y necesidades.

Así, las consecuencias concretas del envejecimiento sobre el sistema de salud dependerán de la estructura social y económica, así como de los recursos con los que el Estado decida enfrentar la situación creada por las nuevas condiciones demográficas. A pesar de que los problemas van a tener características parecidas a las que se viven en la actualidad, las demandas seguirán aumentando por percepciones distintas o mayores exigencias de la población. Pese a que se han logrado grandes avances en la prolongación y calidad de vida, se espera que en el futuro se enfrenten dificultades para mantener este ritmo. Las mejoras en la salud deberán provenir del control de las enfermedades no transmisibles, las que presentan un avance bastante lento respecto al control de las enfermedades transmisibles. En efecto, las primeras requieren por un lado mayor control y tratamiento y, por otro lado, el uso de tecnología que demanda mayores costos. Ello implica incurrir en mayores gastos en salud con un impacto cada vez menor o marginal sobre el indicador de salud. A pesar de estos avances, la satisfacción de la población en lo referente a atención de salud no es alta. Un 44% de los beneficiarios del sistema de seguros privados y un 52% de los beneficiarios del sistema de seguro público se sienten insatisfechos. El sector público de salud, que atiende a más de un 70% de la población del país, atraviesa por una serie de problemas de recursos y gestión, que se traducen en colas de espera para la atención, trato inadecuado, insuficiencia de fármacos, obsolescencia de los equipos y deterioro en la infraestructura. Por su parte, las personas adscritas al sector ISAPRE cuentan con acceso a tecnología moderna, cómoda hotelería y atención expedita. Sin embargo, el sector es percibido como un sistema poco equitativo en el acceso, además de presentar deficiencias en lo relativo a la cobertura de enfermedades catastróficas.

Es importante mencionar que a partir del año 1990 se produce un aumento importante del gasto público real en salud. Si bien un volumen importante de los recursos ha sido utilizado en infraestructura y equipamiento, además de financiar incrementos de salarios, éstos no se han traducido en una mayor productividad de los recursos ni han logrado mejoras en la calidad de la atención ni han hecho disminuir el grado de insatisfacción en la atención

recibida por el usuario. Existen, asimismo, problemas pendientes que afectan el funcionamiento del sector salud, los que se presentan en la siguiente sección.

Los elementos que son importantes para el desarrollo futuro del sector de salud post-reforma y que no están presentes en la discusión actual la cual se encuentra ampliamente dominada por temas coyunturales relativos a la mezcla pública/privada en el sector de la salud en Chile. En el mercado de los seguros de salud en Chile coexisten dos sistemas con lógicas distintas: FONASA, que utiliza un sistema de financiamiento redistributivo y las ISAPRE, que presentan un sistema de financiamiento individual. El sistema FONASA cobra una prima creciente según ingreso (7% del ingreso imponible, con tope de 4,2 UF al mes), independientemente del tamaño familiar y de los factores de riesgo de salud que presenten la persona y su grupo familiar y otorga bonificaciones en la atención institucional que varían inversamente al nivel de ingreso. Este es un sistema en el cual no existe un vínculo entre los aportes de las personas y los beneficios que reciben del sistema.

Por su parte, el sistema ISAPRE presenta planes de salud cuya calidad aumenta en función directa del monto de la prima. Este sistema presenta un claro vínculo entre los aportes individuales y los beneficios que entrega el sistema.

5.4. Cotización obligatoria para salud y el diseño del mandato del seguro

Una pregunta básica es por qué se mandata en el terreno de seguros de salud. La respuesta se basa en que bajo un contexto de previsión voluntaria de salud habría individuos que, por diversas razones, optarían por no asegurarse o comprar una cobertura insuficiente de seguro, dados los riesgos objetivos que enfrentan. Esto crea una posible externalidad sobre el resto de la sociedad, que puede tomar la forma de una población con peor salud; o de la sociedad financiando la totalidad o parte de los gastos de salud de estas personas, cuando podrían haberlo hecho ellos mismos de haber sido previsores. Ya sea por derechos incorporados a la Constitución o las leyes, los ciudadanos saben que contarán con un subsidio estatal en la eventualidad de no poder financiar su atención de salud. Esto crea un problema ya que el grupo que al final demanda el subsidio es mayor que el que se había previsto inicialmente. Por ello, personas que son merecedoras de un subsidio y se ven desplazadas por personas que sí habrían podido financiar.

El sistema ISAPRE ha ido reflejando una mayor preocupación por abordar de manera adecuada los problemas derivados de las enfermedades catastróficas. Esto se ha reflejado en la aparición de planes complementarios concebidos para cubrir una lista de eventos definidos, costosos y de baja probabilidad de ocurrencia. Los planes convencionales existentes en la actualidad son claramente insuficientes por los topes y porcentajes de bonificación que contemplan. Estos esfuerzos si bien positivos no son suficientes porque: en primer lugar, los planes complementarios son accesibles sólo para un porcentaje de la población; en segundo lugar, presentan montos que no cubren adecuadamente los gastos asociados con el tratamiento de estas enfermedades, generando un copago elevado para los afiliados; y en tercer lugar, los planes en general presentan límites de edad para sus beneficiarios, y no entregan cobertura precisamente en el rango de edad en el que las personas se encuentran más vulnerables a sufrir eventos catastróficos. Una manera de ofrecer mayor cobertura en estas condiciones es presentar planes con menor amplitud en lo ambulatorio (lo que hace sentido desde el punto de vista de un seguro de salud con eventos casi ciertos) que ofrezcan a cambio un mayor rango tanto en prestaciones como en montos para las enfermedades catastróficas. Esto permite un balance adecuado en las cuentas financieras de las ISAPRE y requiere educar a la población para que acepte en sus planes este intercambio entre lo ambulatorio (más probable) y hospitalario (más incierto) proponen, por su parte, un interesante mecanismo, el cual consiste básicamente en dos seguros: el primero cubre sólo gastos médicos (incluyendo catástrofes) incurridos en los primeros doce o veinticuatro meses desde la firma del contrato; y el segundo cubre los incrementos de prima originados en enfermedades duraderas iniciadas durante los primeros doce o veinticuatro meses desde la firma del contrato, por encima de los aumentos de prima que sufriría una persona sana que no inicie enfermedades duraderas en ese año. La lógica del mecanismo propuesto es cubrir a las personas frente al incremento en las primas que experimentarán a lo largo de sus vidas en caso de desarrollar una enfermedad catastrófica, entregando así una real protección de largo plazo para estas personas.

Un problema importante es que para contener los costos en salud el sistema tenderá a cerrarse en torno a prestadores preferenciales y a planes administrados, lo que implica un desafío ético al limitarse la libre elección prevaleciente hoy día tanto en el sistema ISAPRE como en el sistema FONASA libre elección. Existen diversas razones que explican el incremento de los costos. En primer lugar, hay razones de “demanda” relacionadas con cambios en los factores que la determinan y, en segundo término, hay razones de “oferta” asociadas con las fuentes de financiamiento de los gastos de salud y con los mecanismos de pago.

Aunque las personas son, en general, más sanas que antes, la demanda por un mejor cuidado de salud continúa elevando los costos en esta área. Las investigaciones modernas constantemente están encontrando nuevas curas para las enfermedades, o mejorando las ya existentes. Los avances en tecnología han conducido al desarrollo de maquinarias de alta tecnología para su utilización en salud, a la vez que se descubren y desarrollan nuevas drogas de mayor efectividad. Estos avances tecnológicos implican que muchas enfermedades que eran intratables o fatales algunos años atrás, pueden ser tratadas en la actualidad con terapias que prolongan la vida y que mejoran su calidad. Mientras, por una parte, el mejoramiento en los tratamientos puede disminuir los costos, un tratamiento nuevo puede aumentarlos. Las nuevas tecnologías requieren de personal más especializado, lo cual hace elevar tanto los salarios de los doctores como de los técnicos. Estos avances tecnológicos implican que muchas enfermedades que eran intratables o fatales algunos años atrás pueden ser tratadas en la actualidad con éxito. Tales avances afectan también las expectativas de mejoramiento en la población. Las personas presionan al sistema prestador para realizar los tratamientos, aun cuando su efectividad clínica sea mínima, conducta que se potencia con la presencia de un pagador (compañías de seguros) que no está presente explícitamente en esta relación. Los cambios demográficos mencionados previamente tienen también un impacto importante sobre los costos. El aumento en la esperanza de vida de la población hace que las personas no tan sólo requieran cuidado de salud por un mayor período de tiempo, sino también crea oportunidades para el desarrollo de enfermedades crónicas (hipertensión, osteoporosis, glaucomas, Alzheimer, etc.).

Así, la realidad demográfica indica que estamos enfrentados a una población que ahora desarrolla más enfermedades crónicas tratables antes de su muerte, lo cual implica que se incurren en mayores gastos. Casi la totalidad de los últimos trabajos empíricos (ya sean éstos de corte micro o macroeconómico, nacionales o internacionales) validan la incorporación del ingreso per cápita y la educación (por algún indicador) como determinantes principales de la demanda por salud. La evidencia empírica es, por tanto, clara en el sentido de que un mayor crecimiento económico está asociado con una mayor demanda por atención de salud. Lo anterior nos permite señalar que, dadas las proyecciones de mayor crecimiento económico, empleo y salario real para el país, habría por este solo canal (efecto crecimiento) un importante impacto sobre la demanda por salud. Un aspecto que no puede quedar fuera de las condiciones sociales y económicas son los niveles de instrucción. El avance en el número de años de escolaridad es alto tanto en la población joven como en la población femenina (en este último caso es más acelerado que el promedio), lo cual tiene connotaciones importantes sobre la demanda en salud. Todos los estudios de factores

asociados a la demanda de atención infantil y asociados a la mortalidad infantil como indicador último de impacto, se relacionan directamente con los años de instrucción de la madre. Sólo una madre instruida va a exigir más atención de salud, estará más motivada y será más precoz en la atención de un proceso de enfermedad. Es importante considerar la mayor participación laboral de la mujer, que alcanza al 30% de la población trabajadora en 1990 y se proyecta a 35% para el año 2000. Esto planteará grandes desafíos para la atención médica, derivados de los múltiples roles que ellas están asumiendo.

Los determinantes antes mencionados también tienen y tendrán efectos en el sistema de seguros. Estudios como el de Torche y Sapelli (1997) señalan que en la determinación de la elección entre seguro público y privado, tanto el ingreso como la edad son en extremo importantes. La segmentación que se observa en el mercado laboral entre personas de alto riesgo y bajo ingreso que eligen FONASA, por un lado, y de bajo riesgo y alto ingreso, que eligen ISAPRE, por otro, da lugar a que se acentúe fuertemente la tendencia a que exista lo que parece un “descreme” en el mercado, resultando en la paradoja que aquellos más vulnerables reciben la atención de más baja calidad. En efecto, en la medida en que el ingreso promedio no crezca en la magnitud suficiente para compensar el mayor riesgo inherente a una población más envejecida, dicho “descreme” será mayor, lo que desfavorecerá a cierto grupo de la población que no puede beneficiarse de una mejor atención. Una tendencia importante tiene que ver con la intensidad de la provisión de salud per cápita. Asociada con el aumento en los ingresos de la población y con los aumentos en los niveles educacionales, se observa una mayor demanda tanto de atención de salud curativa y preventiva, como una mayor preocupación con relación a la calidad de la atención. Estos factores pueden estar incidiendo también en los aumentos de costos que percibimos en el país. Las personas hoy día tienen mayor información, mayores expectativas respecto a salud y exigen mayor calidad, tal como han aprendido a hacerlo en otras áreas de la economía. Éste es un hecho creciente que va a condicionar la evolución del sistema de salud y el mercado de las aseguradoras, y que se reflejará en los costos del sector. En particular, ello obligará a cambiar la noción de integralidad de las atenciones de salud presente en el sector público de salud26 por un derecho quizás limitado en términos de servicio, pero garantizado en términos de cobertura y oportunidad.

Por el lado de la oferta, la disposición de financiamiento para el cuidado de la salud y los mecanismos de pago tienen un impacto sobre los costos del cuidado de la salud. A medida que el ingreso nacional de un país aumenta no es sorprendente que una proporción de esa mayor riqueza se dedique al cuidado de la salud. Tal como se ha mencionado previamente,

los datos sugieren que a medida que aumenta el ingreso nacional los países aumentan más que proporcionalmente sus gastos en salud. En el sector público de salud existe el discurso tradicional de que se puede dar una atención integral y completa de salud a toda la población. La realidad de escasez de recursos que adolece el sector se traduce en la práctica en un racionamiento implícito de los recursos sin mayores consideraciones hacia la persona, lo que se refleja en las colas de acceso, escasez de fármacos y deterioro en la infraestructura, entre otros. La manera como se pagan los servicios de salud también tiene un impacto sobre la cantidad y los costos de los servicios provistos. Diferentes métodos de pago entregan a los prestadores de servicios y a los pacientes distintos incentivos, ya sea para economizar o para sobre utilizar los cuidados de salud, lo cual tiene un efecto obvio sobre los costos totales. Detrás del aumento de costos también se encuentra el aumento en los precios generales de la economía, pero aún más específico es que los precios del sector salud han aumentado en mayor medida que los precios de los demás bienes. Esto tal vez esté relacionado con el envejecimiento de la población, el cambio tecnológico y los esquemas de financiamiento que quizás no presentan incentivos adecuados para controlar costos.

El sistema ISAPRE fue concebido como un sistema de seguros individuales de salud. Esto se basa en respetar la diversidad de las preferencias de los individuos y permitir su elección tanto de los proveedores de salud como de las características de sus seguros. Sin embargo, en el mercado de los seguros de salud adquieren una importancia creciente las opciones colectivas ya sea en la forma de opciones contratadas con una ISAPRE (planes matrimoniales y planes colectivos homogéneos o estratificados con o sin aporte del empleador) o a través de la opción de la ISAPRE cerrada (los trabajadores y el empleador acuerdan formar una ISAPRE propia). Es una opción que no utiliza las economías de escala en la adquisición y manejo de la información. Estas economías de escala se logran con los planes ofrecidos a grupos de individuos por las agencias especializadas en seleccionar los mejores seguros de salud para los individuos. A su vez, es conveniente resaltar la importancia que sobre la eficiencia del sector tiene el buscar unidades de referencia comunes que le permitan al consumidor la comparación de distintos programas de salud. Se hace necesario aumentar, homogeneizar y mejorar la información que recibe el cotizante.

Los gastos de administración y ventas del sistema ISAPRE podrían ser menores bajo una lógica colectiva de los planes, al utilizarse economías de escala tanto al nivel de inscripción de los asegurados como al nivel de manejo de los servicios. Se estima que en el largo plazo la opción colectiva en seguros de salud debiera ser la forma predominante en el mercado de

seguros de salud, debido a las múltiples ventajas que representa por sobre la opción individual. La situación en Chile hoy en materia de seguros colectivos adolece de dos defectos que pueden ser corregidos: en primer lugar, la legislación que rige la relación entre las ISAPRE y sus afiliados establece que los contratos son individuales. Frente a esta situación los afiliados a ISAPRE abiertas en planes colectivos deben efectuar un contrato individual. Esta situación provoca algunas ineficiencias, como, por ejemplo, que para terminar un contrato colectivo se debe esperar a que cada uno de los individuos que forman parte de él cumplan con el plazo mínimo de duración de sus contratos individuales. En segundo lugar, la opción de seguros colectivos en su forma actual no representa una solución para muchas personas: trabajadores en empresas sin planes colectivos; trabajadores del sector público; trabajadores independientes; desocupados; pasivos; personas fuera de la fuerza laboral; etc. En tercer lugar, el contrato colectivo en su forma actual (asociada fuertemente al empleador) es un desincentivo para cambiar de trabajo. Se estima que la solución a dichos problemas pasa por una reforma a la normativa que afecta la relación entre ISAPRE y afiliados, con el objeto de reconocer y permitir explícitamente la opción colectiva en adición a la opción individual.

Se discutió en el Congreso Nacional un proyecto de ley cuyos objetivos eran “resolver las inequidades en el acceso a la atención de salud, tanto entre los subsistemas público y privado, como entre regiones, grupos etáreos, socioeconómicos y geográficos” y “utilizar con mayor eficiencia los recursos aportados por los cotizantes y el Estado, en función de resguardar y garantizar los derechos de los beneficiarios del sector público de salud”. La propuesta gubernamental se refería, en parte, a eliminar gradualmente el subsidio a la demanda al que los trabajadores dependientes tenían derecho. El artículo 8 de la Ley 18.566, de 1986, establecía que los trabajadores dependientes del sector privado podían solicitar a sus empleadores que les efectuaran, con cargo a éstos y que recuperarían como crédito fiscal, una cotización adicional de hasta 2% de la remuneración imponible en la ISAPRE en que estaban afiliados. Dicho subsidio se entregaba siempre que la cotización legal de 7% más la adicional de 2% no superarán 1 UF mensual, más 0,5 UF por cada carga afecta a asignación familiar, con tope de 4,2 UF. Debido a que los recursos se le otorgaban al cotizante, las ISAPRE competían entre ellas por captar este segmento del mercado. Por eso, éste constituía un subsidio a la demanda y no a las ISAPRE, como erróneamente se ha señalado. La propuesta de ley consistía en eliminar el subsidio en un plazo de 54 meses y transferir los recursos a FONASA, efectuándose la eliminación de manera gradual. La propuesta de eliminación del subsidio del 2% se justificaba en parte por aspectos de equidad, vinculándolo con el tema de la utilización de hospitales y consultorios públicos por parte de

quienes son beneficiarios de ISAPRE, sin que estos últimos paguen en su totalidad por las atenciones prestadas, en desmedro de aquellos que son beneficiarios de FONASA. Este argumento era incorrecto por dos razones:

- Tal como ha sido mencionado anteriormente, FONASA recibe importantes subsidios directos del tesoro público (un 45% de los aportes presupuestados para FONASA en 1998 provenían del aporte fiscal).
- El problema de identificar los beneficiarios para cobrar por las atenciones prestadas en el sistema público era fácilmente solucionable con la aplicación de medidas técnicas y administrativas, sin requerir de la eliminación del subsidio del 2%.

No es razonable mezclar un problema de identificación de beneficiarios de responsabilidad exclusiva del sistema público, con la eliminación del subsidio del 2%, el cual debía ser evaluado por sus propios méritos y no por motivos ajenos a su diseño. Un segundo argumento que entregó la autoridad económica para justificar la eliminación del subsidio tiene que ver con su carácter regresivo, ya que beneficiaba en mayor proporción a sectores de ingresos relativamente altos. Según cifras de la Asociación de ISAPRE, el grueso de los cotizantes beneficiados en el año 1997 tenía ingresos mensuales entre los $ 100 mil y $ 250 mil. Ello sugería que había espacio para mejorar su focalización nuevamente sin justificar su eliminación. El problema de fondo en esta discusión tiene que ver con cuál es la opción elegida para transferir los subsidios del Estado hacia las personas. Un problema que parece alimentar el recelo de ciertos sectores hacia las ISAPRE tiene que ver con algunos servicios de salud que ofrece el sector público, con financiamiento del aporte fiscal, en forma gratuita a todas las personas independientemente del sistema de salud (programas de vacunación, subsidio pre y postnatal, y programas ministeriales de protección y fomento a la salud).

La segunda, conocida como subsidio a la oferta, consiste en el ingreso automático a una de estas compañías aseguradoras, en este caso a FONASA, en cuyo caso esta institución recibe directamente el subsidio del Estado. La literatura económica es clara al destacar las ventajas relativas que tienen los subsidios a la demanda: por un lado, privilegian las decisiones personales y, por otro, incentivan la eficiencia de las instituciones que tienen que competir por los cotizantes. Así, cuesta entender la racionalidad de los argumentos a favor de la eliminación del subsidio a la demanda del 2%, los que con toda certeza tienen más que ver con el pensamiento de ideológicos relacionados con el rol de los sectores público y privado en el ámbito salud. No cabe duda que la eliminación del subsidio afectará a sus actuales beneficiarios. Por una parte, aquellos que recibían el subsidio y tras su eliminación

se queden en el sistema de ISAPRE, se verán perjudicados al contar con menores recursos y enfrentar un seguro de mayor costo. Por otra parte, los individuos que se cambien a FONASA se verán beneficiados sólo si los recursos transferidos generan incrementos significativos en la calidad y cobertura de los servicios ofrecidos por el sistema de salud público. Sin embargo, uno debe ser escéptico a este respecto ya que, en primer lugar, en los últimos siete años el aporte fiscal para el sistema de salud se ha duplicado en términos reales, sin que exista evidencia de un sustancial mejoramiento en la cobertura y calidad de los servicios prestados. En segundo lugar, el efecto neto de la reasignación del subsidio hacia FONASA (excluyendo el aumento de ingresos por cotizaciones) involucra recursos que representan una fracción ínfima de sus actuales gastos. De hecho, los 35 millones de dólares que traspasó el gobierno durante 1997 por este concepto equivalen a 2% de los ingresos considerados en el presupuesto de FONASA para 1998. Así, no es racional esperar que con estos recursos adicionales se obtenga un aumento significativo en calidad y cobertura de servicios en FONASA. III.3. Conclusión Chile ha conseguido en las últimas décadas indicadores globales de salud, esperanza de vida al nacer y mortalidad general, superiores a los esperados de acuerdo al nivel de desarrollo del país. No obstante estos avances, la satisfacción de la población en lo referente a atención de salud no es alta (MIDEPLAN, 2009).

El sector público de salud atraviesa por una serie de problemas de gestión y de recursos, mientras que el sistema ISAPRE es percibido como un sistema que permite el acceso a buenos servicios de salud, pero cuyo funcionamiento no es del todo equitativo, al no ofrecer una alternativa clara de solución para los problemas de la población adulta mayor y los enfermos crónicos. El sistema de seguro de salud chileno no constituye un sistema en sí mismo sino más bien dos subsistemas (público y privado) funcionando en paralelo, con poca coordinación entre ellos, y con formas de operación en algunos casos incompatibles. Un problema fundamental tiene que ver con el diseño del mandato actual de destinar el 7% del ingreso a la compra de un seguro de salud. Este mandato determina el gasto en seguro, pero no qué debe incluir el mismo. Esto permite evadir el mandato asegurándose contra eventos ciertos, con lo cual se obtiene una devolución importante de la prima, pero se deja de tener un seguro. Esta problemática hace necesario discutir alternativas de reformas, las cuales deben incluir un conjunto de actividades que promuevan la eficiencia en la provisión de servicios de salud en el sistema público, a través de subsidios a la demanda que busquen mejorar la equidad del sistema, incorporando en forma más completa las enfermedades catastróficas en los seguros ofrecidos, y contener costos por medio de mecanismos de pagos innovadores. En la siguiente sección se plantea una propuesta fórmula: se propone cambiar

el mandato actual de destinar el 7% del ingreso a la compra de un seguro de salud, por la alternativa de mandatar la compra de un seguro catastrófico (SC) que cubra completamente al cotizante y su familia, por todos los gastos que superen un porcentaje, que se debe determinar, de su ingreso familiar anual. La propuesta elimina los subsidios cruzados de las personas de bajo a alto riesgo presentes hoy en el sistema, para incorporar un esquema de subsidios directos a la demanda para financiar la diferencia entre el costo del SC y el 7% del ingreso, lo que facilitaría el funcionamiento de las aseguradoras privadas y evitaría los problemas de selección de riesgo y "descreme" del mercado que la regulación actual genera. Para asegurar la movilidad de las personas se propone que los SC reembolsen a quienes se les detecte una enfermedad crónica una suma similar al valor presente de los gastos que dicha enfermedad implica en promedio. El sistema de SC se puede combinar con una cuenta de ahorro para salud (CAPS) para financiar una porción del deducible del SC. Finalmente, se postula resolver la incompatibilidad del sistema de seguros privado con el público, cambiando la estructura de este último. Esta propuesta tiene como objetivos que la calidad de la atención de salud y satisfacción de los consumidores se maximicen al menor costo (eficiencia microeconómica); que la gente participe en el financiamiento de la salud en relación a su ingreso y no en relación a sus riesgos de salud (equidad en el financiamiento); y que acceda a la atención de salud de acuerdo a su necesidad y no al ingreso (equidad en el acceso).

Conclusión

La equidad en salud es uno de los principios que orientan la actual propuesta de Reforma de Salud en Chile. El Plan AUGE busca disminuir las desigualdades evitables e injustas en salud, lo que se conoce como equidad, por la vía de entregar acceso universal a un conjunto priorizado de atenciones. Aunque existe consenso en la inevitabilidad de priorizar en salud, no existe consenso sobre los criterios que permiten una justa distribución de los recursos. Aun manteniendo pendiente la respuesta sobre la justicia, un análisis del proceso de priorización puede arrojar luces sobre su legitimidad, entendiéndola como condición necesaria para su implementación. Los efectos del Plan AUGE sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud podrán ser evaluados en el futuro. Sin embargo, ya se sabe que sus efectos sobre la equidad en salud serán limitados, puesto que está demostrado que el acceso a los servicios de atención de salud explica sólo una parte de las condiciones de salud. La salud es, ante todo, un fenómeno multidimensional. Por eso, el logro de la equidad en salud requiere de acciones intersectoriales e intervenciones más amplias orientadas a la justicia social.

Bibliografía

MIDEPLAN (2009). Construyendo una visión del desarrollo nacional: Chile 2018. Ministerio de Desarrollo Social. Consultado en marzo del 2016 de la World Wide Web: www.ministeriodesarrollosocial.cl

OPS, (2006). Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos.

WHO (1986). Social Justice and Equity in Health. Report on a WHO Meeting. Copenhagen Oficina Regional de la OMS para Europa.

Universidad de Chile (1998) Evaluación del Proceso de Reforma del Sector Público Chileno: una Experiencia de 20 años. Mimeo, Instituto de Economía-PIAS.

Ley 19.966, Ley 19.937, Ley 19.888, Ley 19.895, Ley 20.015

IPLACEX
TECNOLÓGICO NACIONAL