

**EL PARADIGMA EMERGENTE EN LOS SISTEMAS DE SALUD;
LOGRANDO Y CONSERVANDO LA COBERTURA UNIVERSAL
EN LOS PAÍSES DE AMERICA.**

EI CASO DE CHILE

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.1. Antecedentes.....	12
1.1.1. Demografía	12
1.1.2 Geografía.....	17
1.1.3 Desempeño Comparado	17
1.2. El Sistema de Salud.....	19
1.2.1 Organización del Sistema de Salud.....	20
1.2.1.1. Sistema de Salud de Chile	20
1.2.1.1.1. Fondo Nacional de Salud, FONASA	21
1.2.1.1.2. Instituciones de Salud Previsional, Isapres	25
1.2.1.2. Seguros de Accidentes del Trabajo	29
1.2.1.3. Seguros Complementarios de Salud	31
1.2.2. Fuentes de Financiamiento	32
1.2.3. Administración Global del Sistema de Salud.....	34
1.2.4. Interacción Público-Privada.....	35
1.2.5. Desarrollo Histórico.....	36
1.2.6. Metas y Prioridades implícitas y explícitas del Sistema de Salud: equidad, contención de Costos y opción o elección del cliente.	39
1.2.6.1 Equidad.....	39
1.2.6.2. Contención de Costos	40
1.2.6.3. Opción o elección del cliente.....	41
2. DERECHO PÚBLICO A LA SALUD.....	42
2.1. Naturaleza y tipo de prestaciones incluidas	42
2.2. Orígenes y desarrollo.....	43
2.3. Principios a seguir.....	44
2.4. Procesos económicos expansivos y recesivos.....	45
2.5. Regulaciones de la protección financiada privadamente.....	45
3. FUENTES Y MEDIOS DE FINANCIAMIENTO	46
3.1. Fuentes globales.....	46
3.1.1. Fuentes del Asegurador Público	46

3.1.2. Fuentes del Asegurador Privado	48
3.1.3. Fuentes del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales	49
3.2. Evolución del Sistema Financiero	49
3.3. Principios a seguir.....	50
3.3.1. Sector público	50
3.3.2. Sector Privado	51
3.4. Grado de Identificación	51
3.5. Proceso Presupuestario.....	52
3.5.1. Establecimiento de la estructura del gasto público	52
3.5.2. Regulación del Gasto Privado en Salud	52
4. ASIGNACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL CONSUMO DE PRESTACIONES.....	56
5. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD PÚBLICA	58
5.1. Naturaleza de la actividad.....	58
5.1.1. Plan Nacional de Promoción de Salud	58
5.1.1.1. Objetivos del Plan Nacional de Promoción de Salud	58
5.1.1.2. Prioridades y Metas del Plan de Promoción de Salud	58
5.1.1.3. Estrategias de Promoción de la Salud.....	59
5.1.2. Prevención de Enfermedades	62
5.2. Financiamiento	62
5.3. Examen de Medicina Preventiva.....	62
6. PROVISIÓN DE PRESTACIONES AMBULATORIAS.....	64
6.1. Estructura Institucional.....	64
6.1.1. Estructura Institucional Pública	64
6.1.2. Estructura Institucional Privada	66
6.3. Consideraciones Generales.....	67
7. PROVISIÓN DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS	69
7.1. Estructura Institucional.....	69
7.1.1. Estructura Institucional Pública	69
7.1.2. Estructura Institucional Privada	70

8. ELABORACIÓN DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y MONITOREO.....	72
8.1. Cómo funciona el paradigma emergente en Chile.....	72
9. INVERSIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA, CENTROS DE EXCELENCIA Y TECNOLOGÍA.....	78
9.1. La organización y el financiamiento de la investigación en salud.....	78
9.1.1. Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (Conicyt)	78
9.1.2. La investigación Universitaria.....	81
9.2. Financiamiento de la introducción y provisión de prestaciones de alta tecnología. ..	82
9.3. Mezcla pública - privada en alta tecnología.....	83
10. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y ENTRENAMIENTO.....	84
10.1. Organización del entrenamiento médico	84
10.1.1. Entrenamiento Básico	84
10.1.2. Especialización	86
10.2. Financiamiento del Entrenamiento.....	87
10.2.1. Estudios profesionales básicos (obtención del título de médico cirujano)	87
10.2.2. Estudios de Postgrado	87
Bibliografía.....	89

EL PARADIGMA EMERGENTE EN LOS SISTEMAS DE SALUD: LOGRANDO Y MANTENIENDO LA PROTECCIÓN UNIVERSAL EN LAS NACIONES DE AMERICA. EL CASO DE CHILE

PRESENTACIÓN

Las reformas a los sistemas de salud han surgido en los países como resultado de una preocupación primaria de tipo social, económica y política, debido al papel central que los servicios médicos han asumido en la sociedad y la economía. Mientras que tales reformas difieren, por las circunstancias culturales, sociales, históricas, y políticas, sus metas son universales: mejorar el cuidado de salud, lograr la equidad, contener costos del agregado crecientes de cuidado médico, aumentar su eficacia y calidad y satisfacer a consumidores y proveedores.

Para lograr estas metas, los reformadores de los sistemas de salud, tradicionalmente se han movido entre principios extremos que van desde los "privados" -o basados en el mercado-, hasta los "públicos" o de planificación central en el otro. Una serie de reformas que en naciones desarrolladas empezaron a comienzos de los 90s, conforman lo que podría verse como un "Paradigma Emergente" en los sistemas de salud (en inglés Emergent Paradigm EP). Este paradigma refleja los intentos por equilibrar el logro de todas las metas a través de una integración de atributos aparentemente contradictorios, que implican acercamientos "privados" con "públicos." De hecho, es un paradigma más bien tecnocrático que ideológico. Reconoce la necesidad que el "competidor" no necesariamente debe ser "privado", así como ese "público" no necesita ser estatal. Luego, posiblemente por estas razones, así como debido a leyes específicas, los principios del EP tienen aplicación universal.

Con base en lo anterior, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social CISS impulsaron un proyecto de investigación, dirigido por el profesor y ph.D. Dov Chernichovsky, con la coorganización de la Universidad Ben-Gurion de Negev.

Mediante el proyecto, se investigará en los países más relevantes de América Latina, el nivel de existencia de los atributos que caracterizan este paradigma, y se intenta responder a las siguientes metas, en conceptual y práctica:

- ¿Cómo han seleccionado las naciones en vías de desarrollo más importantes en América el logro y mantención de la cobertura para el cuidado universal en salud?
- ¿Cómo los países mantienen o evolucionan para minimizar el entorno estatal en el sistema de salud, así como para autorizar a los ciudadanos?
- O, alternativamente, ¿Cómo los sistemas de salud de estas naciones conforman al Paradigma Emergente?
- Finalmente, ¿Cómo la evolución de los sistemas de salud permite el EP en un esquema con rasgos universales?

A priori, el paradigma de EP presenta ventajas políticas, institucionales y sustantivas para el sistema de salud y la economía. Puede atraer la oposición de

los distritos políticos electorales; toma ventajas de las instituciones existentes, principalmente aseguradores, planeadores de salud y fondos de enfermedad; conserva todas las contribuciones, principalmente de los empleadores en el sistema, dando una apariencia relativamente transparente; ayuda a controlar los costos agregados del cuidado de la salud, en parte reduciendo el costo potencial de la administración del sistema; facilita la movilidad laboral a través del desacoplamiento de las asociaciones entre empleos específicos y los regímenes de cuidado público de salud, incluso cuando los empleadores continúan financiando la cobertura; y, de modo más relevante, equilibra objetivos múltiples del sistema de salud que aseguran la cobertura universal. De hecho, el EP ha evolucionado tanto en economías en desarrollo, desarrolladas como en otras en proceso de transición. Ejemplos representativos del paradigma emergente se encuentra en los sistemas de salud de naciones tan diversas como Bélgica, Chile, Colombia, Israel, Países Bajos, y Rusia. Otros, como Francia, Alemania, e incluso el Reino Unido están convergiendo hacia allá, mientras hay una propuesta en el mismo sentido para Australia.

El EP ha sido articulado por Chernichovsky (1995), quien desarrolló el concepto desde un entorno del paradigma potencial en los desarrollos futuros médicos y sociales (Chernichovsky 2002). Scotton (1999) y la Productividad Comisiona (2002) trataron con ambos conceptos y ramificaciones prácticas de este paradigma en el contexto australiano.

Algunos países ya muestran rasgos institucionales básicos del paradigma: Chile y Costa Rica.

Para avanzar en el análisis de EP a nivel americano, la Conferencia Interamericana de Seguridad Social ha impulsado una investigación, cuyo desarrollo considera dos fases. En la primera, se analiza la existencia de EP en siete países de América, de una lista más extensa que conforman Chile, México, Brasil, Canadá, Argentina, Nicaragua, Trinidad and Tobago, Costa Rica y Colombia. Con tales investigaciones por país, en una segunda fase, el profesor Chernichovsky elaborará documentos de trabajo, sobre tópicos relacionados con:

- El Paradigma Emergente, Atributos Universales de un moderno Sistema de Salud;
- Cobertura Universal bajo modalidades de Cuidado basado en la Contención de Costos y en la Administración de Salud;
- Financiamiento de la Cobertura Universal, Origen y Gestión
- Organización y Administración del Consumo (incluyendo disponibilidad de recursos y control de calidad)
- Provisión de Cuidados Comunitarios, Organización y Reembolsos
- Provisión de Cuidados de Hospital, Organización y Reembolsos
- El rol del Estado
- Lecciones de las Américas

El análisis apoyará a diseñadores de políticas públicas a explorar el potencial para extender elementos existentes del EP en cada nación, y usar las lecciones de

otras naciones en los problemas críticos como tratar con las contribuciones de patrones, lograr la cobertura universal.

Además, se espera que la investigación identifique también a aquellos países que, para los propósitos prácticos, han también evolucionado para tener virtualmente (a través de la regulación) algunos de los elementos del paradigma, y aquellos que tienen elementos nacientes de él.

Este proyecto se desarrolla paralelo a un esfuerzo similar que se enfoca en Australia, Francia, Alemania, Israel, Países Bajos, el Reino Unido y los EEUU, lo que permitirá realizar una comparación con esas naciones en una moda sistemática. La inclusión de Canadá es de gran importancia, ya que se trata del único sistema universal amplio en el Continente, a la luz de los resultados de la Comisión en el Futuro de Cuidado de Salud en Canadá".

El presente informe analiza la situación del "Paradigma Emergente en Salud respecto de Chile", encargado a CIEDESS -Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social- por la CISS. Para su elaboración, CIEDESS conformó un equipo de trabajo con su investigador asociado Horacio Soler y el consultor Rafael Urriola, apoyados por el investigador y médico señor Galdino Besomi. Otros profesionales de CIEDESS analizaron y complementaron el informe elaborado por los profesionales Soler y Urriola.

El informe de CIEDESS contiene diez capítulos, a saber:

1. Introducción del informe. Explica brevemente el trabajo y sitúa el análisis en Chile, desde un punto de vista demográfico, geográfico, indicadores de salud básicos, un breve análisis comparado con países OCDE desarrollados. Además, describe el sistema de salud chileno, en lo referido a organización, organigrama global, fuentes de financiamiento, flujos financieros, orientaciones macro, interfaces público-privadas, hitos históricos, metas explícitas e implícitas y prioridades del sistema de salud relativas a equidad, contención de costos eficacia de funcionamientos, opciones de los clientes y niveles de satisfacción.
2. Derecho Público a la Salud. Analiza la naturaleza, categorías y tipos de cuidado que incluye el régimen público, sus orígenes y desarrollo, principios rectores (eficacia, equidad) y políticas, expansión y disminución del tamaño del sistema, procedimientos, la economía política del proceso y la regulación del financiamiento de los cuidados privados.
3. Fuentes y medios de financiamiento. Este tercer capítulo analiza las fuentes, tanto públicas (si son obligatorias, sus medios de prueba, niveles y distribución de las fuentes) como privadas; la evolución del sistema de financiamiento, con énfasis particular en la distribución de aportes entre empleadores, trabajadores y Estado; principios rectores respecto de solidaridad, agrupación de riesgos, contención de costos, grados de asignación, proceso presupuestario, establecimiento del marco de gasto público, regulación de gasto privado,

orientación del presupuesto público, contribuciones (o impuesto), bases, recolección, papel de las finanzas públicas, evaluación del financiamiento, tendencias y otros conceptos.

4. Asignación, Administración y Organización del Consumo prestaciones (OMCC). El cuarto capítulo se refiere, brevemente, a la existencia de consumidores organizados de la salud en Chile, incluyendo comentarios breves relativos a la industria y del mercado (fondos de enfermedad, HMOs, sistemas de atención de salud administrada, aseguradores, administración y gobierno local) por categoría de cuidado (prevención o curación de la salud), orígenes históricos de las instituciones (los aseguradores privados, las uniones obreras, etc.), funciones de OMCC, presupuesto de las instituciones, gestión con los proveedores, y otros conceptos.
5. El capítulo quinto se refiere a la Promoción de salud y la Salud Pública. Analiza la naturaleza de las acciones, financiamiento y aprovisionamiento, división de niveles entre el Estado y administraciones, así como la división entre las instituciones estatales y otras.
6. Provisión de Cuidados Ambulatorios. Este capítulo analiza dicha dimensión de la medicina, en sus ámbitos preventivo, curativo y especializado. Se presenta la y marco de la industria (propiedad y estado de instituciones del proveedor), organización y dirección de cuidado ambulatorio, contratos y pago de proveedores ambulatorios, combinaciones público - privadas en la provisión de cuidados ambulatorios, orígenes y tendencias.
7. Provisión de Prestaciones Hospitalarios. El séptimo capítulo analiza el concepto del cuidado hospitalario, la institucionalidad y marco industrial, contrato y pago de hospitales para la cobertura pública, pago y control de calidad, combinación público - privada en la provisión de cuidado hospitalarios.
8. Elaboración de Políticas, Regulación y Monitoreo. En este capítulo se analiza la separación, si corresponde, entre las instituciones de OMCC y el Estado (donde éste no juega un papel preponderante de OMCC), alcance y naturaleza del diseño de políticas estatales y regulación, distintos papeles respecto de niveles diferentes de Estado y Administración, orígenes y tendencias.
9. Inversión en alta tecnología, centros de excelencia e investigación. En esta parte del trabajo se analiza la organización y financiamiento de la investigación, financiamiento y provisión de las innovaciones en salud y de la experimentación, cuidados de alto costo (alta tecnología con las economías de escala y la combinación de acciones público-privadas en los temas anteriores.
10. Finalmente, en el capítulo décimo se analiza el "Desarrollo y entrenamiento de los Recursos Humanos, con un enfoque médico. Se orienta al análisis de la organización encargada de la formación y entrenamiento médico, del financiamiento de la formación y entrenamiento, a nivel público y privado, así como la certificación y re-certificación de médicos y doctores.

Al final se incorpora la bibliografía consultada para la elaboración del trabajo.

CIEDESS agradece la oportunidad de formar parte de las entidades y colaboradores que participan en un trabajo que, impulsado por la Conferencia Interamericana de Seguridad Social CISS, lidera profesionalmente el profesor Chernichovsky. Además, deja constancia del enorme esfuerzo e interés desplegado por los investigadores Soler y Urriola, que hizo posible su materialización.

Salud Pública y Privada – Interrelaciones

Horacio Soler R.¹ y Rafael Urriola U^{2, 3}

1. INTRODUCCIÓN

Los sistemas modernos de salud tienen por objeto incorporar, tan ampliamente como posible, el criterio de universalidad de las prestaciones sanitarias. Esto es, que no existan discriminaciones de accesibilidad, que se establezcan criterios adecuados de oportunidad y calidad de las prestaciones y que exista una cobertura financiera que impida la autoexclusión por falta de recursos.

Los seguros de salud, en general están diseñados para asegurar al universo (o una fracción de él) de los ciudadanos de un país un paquete de prestaciones sanitarias financiadas públicamente, buscando promover la equidad social.

No obstante, las modalidades de integración, complementariedad o independencia entre subsistemas públicos y privados es muy variada en la experiencia mundial.

Por ello, es cada vez más frecuente que el sistema público se complemente con coberturas sanitarias adquiridas privadamente, lo cual puede afectar seriamente la efectividad (eficacia y eficiencia) y el carácter del sistema financiado públicamente. Es esencial, en cada caso, examinar las formas de integración y los diversos mecanismos de pago que adoptan los agentes para prestaciones o prestadores diversos.

En efecto, un elemento central en el debate es la combinación de los fondos o aportes privados, tanto cuando estos se relacionan con el copago o se manifiestan a través de seguros complementarios del fondo público; y, los fondos públicos, entendidos estos sea como aporte fiscal directo o como cotizaciones obligatorias a la seguridad social en salud.

Los sistemas de salud públicos se manejan con tres dimensiones, las que le dan su perfil o carácter: universalidad; comprensión; y totalidad.

La universalidad se relaciona con la proporción de la población que se beneficia del sistema; la comprensión dice relación con los tipos o categorías de prestación que son cubiertas, como por ejemplo dental, hospitalizaciones, consultas, etc.; y, la totalidad concierne al nivel de prestaciones cubiertas en cada categoría.

Entregar un sistema con dimensión universal, comprensivo y total resulta imposible para cualquier país, dadas las limitaciones de recursos financieros públicos.

¹ Ingeniero Comercial de la Universidad de Concepción, ex - gerente de desarrollo del Servicio Médico de la Cámara Chilena de la Construcción

² Economista de la Universidad de Concepción, ACTUAL Jefe De Estudios del Fondo Nacional de Salud FONASA

³ Consultores CIEDESS.

Por lo tanto, generalmente se produce una combinación de estas dimensiones, lo cual lleva a los sistemas a cumplir con los principios de justicia más que con los de solidaridad.

Si un sistema es universal, las dimensiones "compresión y totalidad" pueden ser más bajas. En esos casos, los financiamientos privados pueden ayudar a aumentar el nivel de salud si se mezclan bien o sólo a aumentar el gasto si no sucede lo anterior.⁴ Por ejemplo podría provocar aumentos de frecuencia en algunas prestaciones, sin que mejore el status de salud de la población, provocando derroches de recursos públicos y privados.

Por otra parte, un sistema de salud público debe desarrollar un cierto paquete de prestaciones, financiado con recursos públicos, buscando maximizar la situación de salud de la población, con las obvias restricciones que presenta el hecho de disponer de un presupuesto dado. En esta óptica, deberá trabajar teniendo en cuenta tres parámetros básicos:

- a) Elasticidad Demanda de la inclusión de la opción confort, con presupuesto adicional.
- b) Elasticidad de producción de salud de prestaciones médicas.
- c) Elasticidad de oferta de servicios médicos en consideración.

Estos tres parámetros pueden ayudar a definir prudentemente las prestaciones que se incluirán en el paquete de financiamiento público, dejando las menos eficientes, en términos de salud de la población (medido con quality life u otros parámetros de uso común), las de menor costo – beneficio para el financiamiento privado.

Otro requisito indispensable de todo sistema público de salud es la educación del público en temas de salud, especialmente en los procesos médicos y los productos de salud.

El copago es una forma de financiamiento probado que se integra a los sistemas de salud, tanto privado como público. Este copago sirve a dos objetivos -o a los combinados-: controlar la demanda innecesaria evitar el llamado "moral hazard" y recaudar fondos. Normalmente, el copago se ha enfocado al primer objetivo y los financiamientos privados complementarios comúnmente se enfocan a cubrir estos copagos, total o parcialmente. Los efectos de ellos en el financiamiento público estarán en relación con la elasticidad de demanda de cada prestación según el porcentaje cubierto por el copago.

⁴ Un ejemplo es que el gasto en salud de EE. UU. (alrededor de 4.000 dólares anuales per cápita) no significa que la situación de salud sea 13 veces mejor que la chilena en que el gasto en salud alcanza a cerca de 300 dólares por habitante al año

Establecer un sistema público de salud eficiente, equilibrado y conocido por todos, presenta dificultades de varios tipos, tales como lograr el consenso de los sectores involucrados, la dinámica de los factores tecnológicos, los cambios epidemiológicos y los intereses de los actores.

Sin embargo, el sistema público deja siempre espacio para la participación privada, combinada, segregada o con otra forma de interrelación. Cada día aumenta la coexistencia de ambos sistemas y existen diversos y numerosos estudios en cada país y comparativos para establecer las formas de relacionarse y su eficacia relativa.

Dentro de ese marco, el Sistema de Salud en Chile presenta características propias y se encuentra en etapas de sucesivos perfeccionamientos y redefiniciones, en búsqueda de una mayor equidad y solidaridad.

1.1. Antecedentes

1.1.1. Demografía

La población estimada de Chile al año 2003 era de 15,5 millones de habitantes, de los cuales 10,6 millones son beneficiarios del Fondo Nacional de Salud FONASA (seguro público de salud), equivalente a un 68,3%; 2,7 millones son beneficiarios de las Instituciones de Salud Previsional "Isapres" (seguro privado), que representan un 17,6%; 484 mil son beneficiarios del sistema de salud de las Fuerzas Armadas, es decir, un 3,1%; y, 1,7 millones no aparecen afiliados a ningún sistema de salud⁵.

Cuadro Nº 1
Población de Chile y Distribución según Previsión de Salud

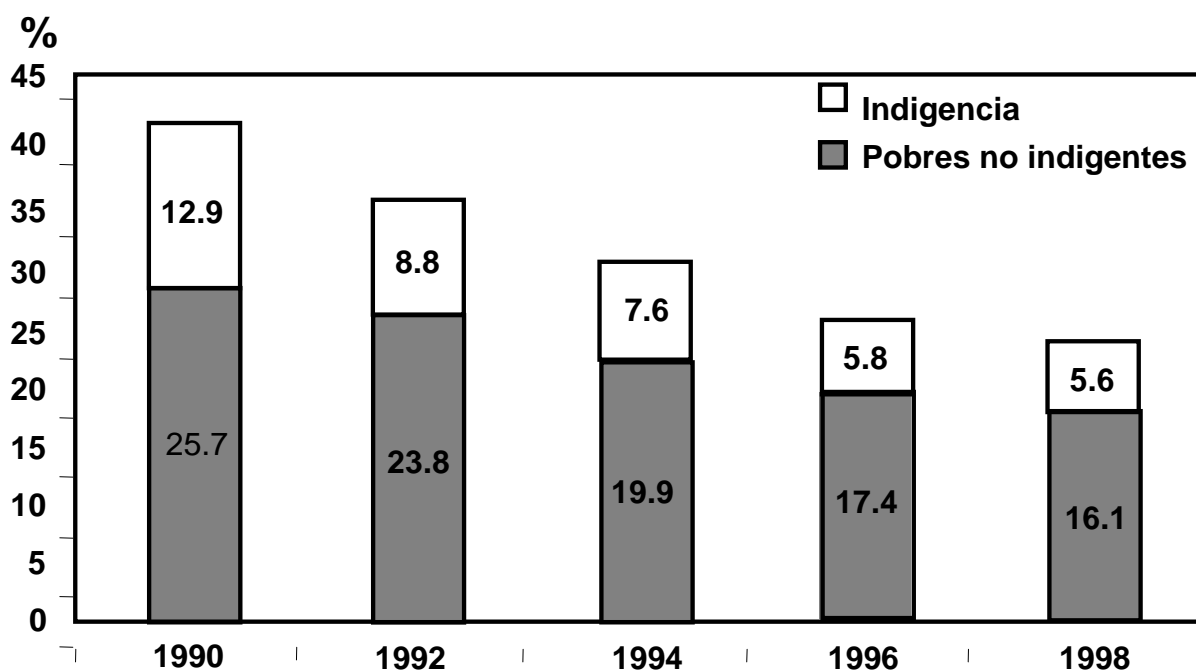
AÑO	FONASA (publico)	Isapre (privado)	FFAA(1)	OTROS	TOTAL
1991	9.414.162	2.566.144	349.241	1.102.798	13.432.345
1993	8.537.786	3.431.543	374.835	1.538.607	13.882.771
1995	8.637.022	3.763.649	415.125	1.498.851	14.314.647
1997	8.753.407	3.882.572	456.383	1.629.672	14.722.034
1999	9.403.455	3.323.373	453.436	1.934.270	15.114.534
2001	10.156.364	2.940.795	468.559	1.557.982	15.114.800
2003	10.580.090	2.720.060	484.425	1.707.178	15.491.753
	(68,3%)	(17,6%)	(3,1%)	(11,0%)	(100,0%)

Fuente: A.Erao Rol del Asegurador Publico en Chile

⁵ Cabe notar que una proporción de ellos, generalmente profesionales liberales o empresarios no están obligados a afiliarse a un seguro ya que en Chile solo es obligatorio para trabajadores dependientes. Algunos de ellos, en consecuencia pueden disponer de seguros que no son específicos a la salud pero que, en general, se orientan a cubrir situaciones catastróficas.

El nivel de indigencia alcanzaba en 1998 a un 5,6% de la población, mientras que la pobreza era un 16,1%, con lo que el total de población en riesgo en Chile alcanzaba un 21,7%. Esto muestra un importante mejoramiento de la situación respecto de 1990, donde la población en riesgo alcanzaba a un 38,6%, con un 12,9% de indigentes.

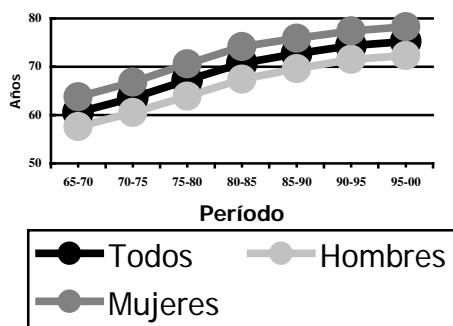
Cuadro N° 2
Evolución pobreza e indigencia en Chile como porcentaje de la población



Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación, Encuestas CASEN

Las expectativas de vida de la población al nacer han mostrado un notable crecimiento de 63,6 años en el quinquenio 1970 – 1975 a 75,2 años entre 1995 y 2000.

Cuadro N° 3
EXPECTATIVA DE VIDA AL NACER CHILE 1965 – 2000



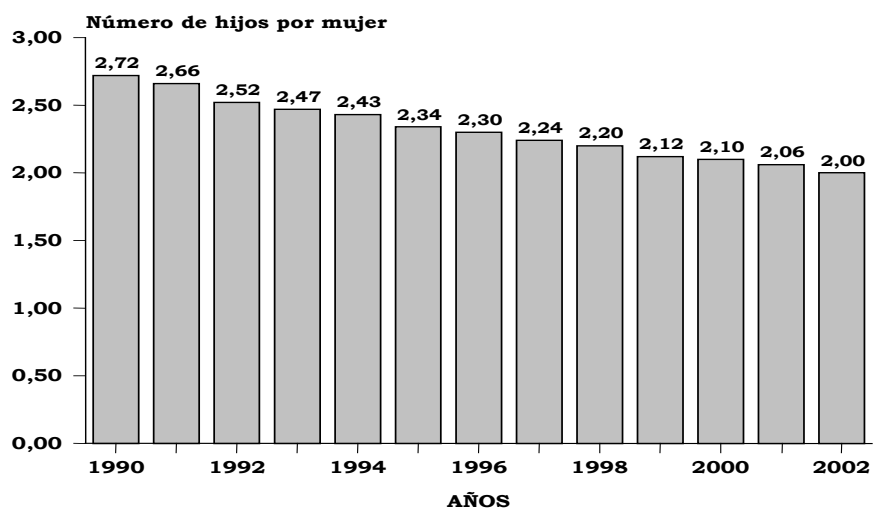
Período	Todos Hom. Muj.		
	Años	Años	Años
1970-1975	63.6	60.5	66.8
1975-1980	67.2	63.9	70.6
1980-1985	70.7	67.4	74.2
1985-1990	72.7	69.6	75.9
1990-1995	74.4	71.5	77.4
1995-2000	75.2	72.3	78.3

Fuente: MINSAL, Chile

Por otra parte, la tasa global de fecundidad muestra un descenso en los últimos 12 años, alcanzando en 2002 a 2 hijos por mujer (ver Cuadro N° 4). Asimismo, la mortalidad infantil decrece en ese mismo período de 16/1000 en 1990 a 8/1000 en 2000. Esto se explica, en parte por la naturaleza de los programas de protección infantil que han sido característicos en el país y por los esfuerzos de mejoramiento de los servicios de salud de la población, especialmente a contar de 1990 (ver Cuadro N° 5).

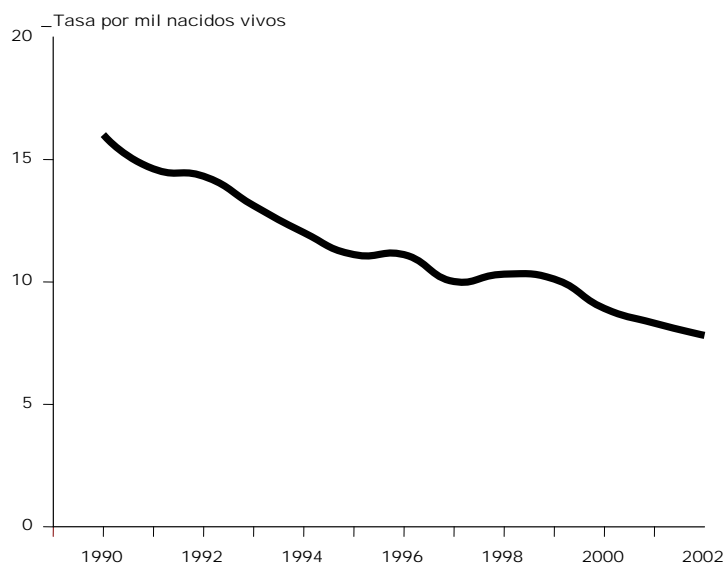
Cuadro N° 4

TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, CHILE, 1990 - 2002.



Cuadro N° 5

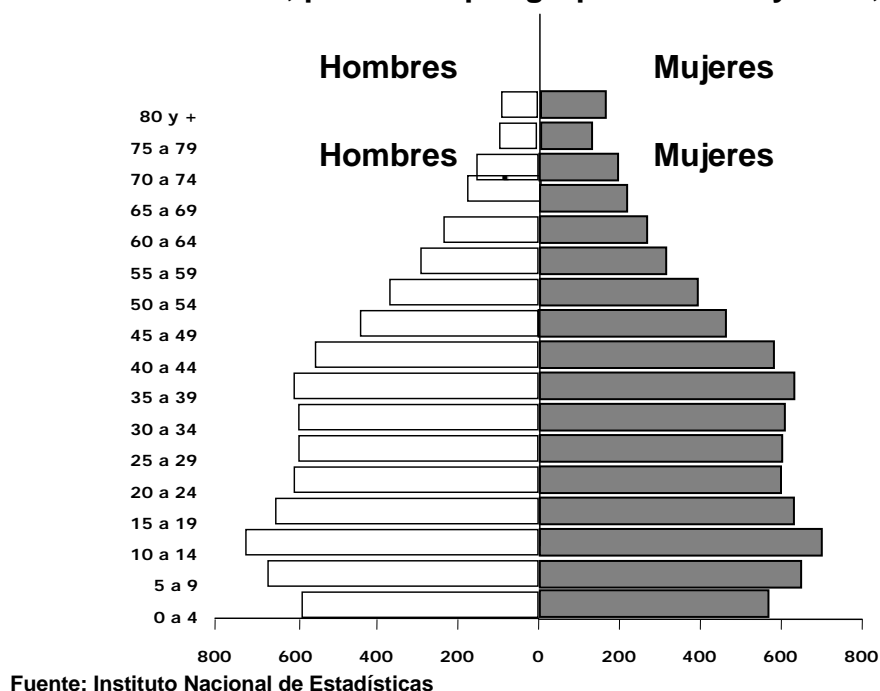
MORTALIDAD INFANTIL, CHILE, 1990 – 2002



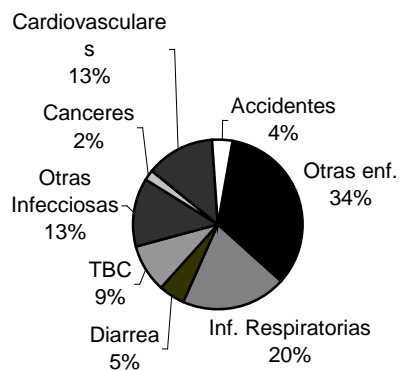
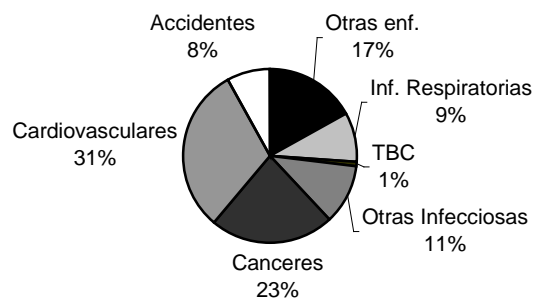
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, Ministerio de Salud

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la población de Chile envejece, esperándose que en 2010, los mayores de 65% superen el 12%, en relación a un 7% que representaban en 1998. En el Cuadro N° 6 se muestra la Pirámide de población por grupos de edad y sexo, pudiéndose apreciar claramente que la estructura piramidal sólo es válida para poblaciones mayores 40 años, siendo para grupos de edad menores de 40 años prácticamente plana.

Cuadro N° 6
Pirámide de Población, población por grupos de edad y sexo, Censo 2002



Finalmente, respecto a antecedentes demográficos, conviene resaltar el cambio epidemiológico experimentado en Chile en los últimos 90 años. En 1999, las enfermedades cardiovasculares más cánceres constituyen un 54% de las causas de muerte, en relación a un 15% de comienzos del siglo pasado. Por otra parte, las enfermedades infecciosas y respiratorias representan un 21%, en relación a un 47% en 1909.

Cuadro N° 7**Distribución de muertes por causa, Chile, 1909 y 1999****1909****1999****Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud**

1.1.2 Geografía

Si uno mira un mapamundi, Chile aparece como una larga y angosta faja de tierra en la parte suroeste de América del Sur.

Sin embargo, Chile ejerce soberanía sobre 3 continentes: América, Antártica y Oceanía.

La soberanía que ejerce Chile en América, denominado Chile Continental, se ubica entre los 17°30´ y los 56°30´ de latitud sur, encontrándose alineado en torno a los 70° de longitud oeste. La superficie es de 756.626 Km.2, con una longitud norte – sur de 4.300 Km., los cuales se subdividen administrativamente en 13 regiones. En este territorio vive el 99,9% de la población de Chile.

El Chile Oceánico o Insular representa una superficie de 380 Km² e incluye a las Islas de Pascua -que se encuentra a una distancia de 3.700 Km. del continente y que corresponde al territorio chileno ubicado en Oceanía; Juan Fernández; San Félix; San Ambrosio; y, Sala y Gómez, El territorio Antártico de Chile se desarrolla entre los 60° y 90° grados de longitud oeste y entre los 60° y 90° de longitud sur, con una superficie de 1.250.000 Km.2.

El territorio continental se caracteriza por tener un relieve accidentado y montañoso, con solo un 20% de superficie plana. En el extremo sur, en el Estrecho de Magallanes, 52° 21´ latitud sur, posee su ancho máximo de 445 Km. y a la altura de 31° 37´ su ancho mínimo de 90 Km.

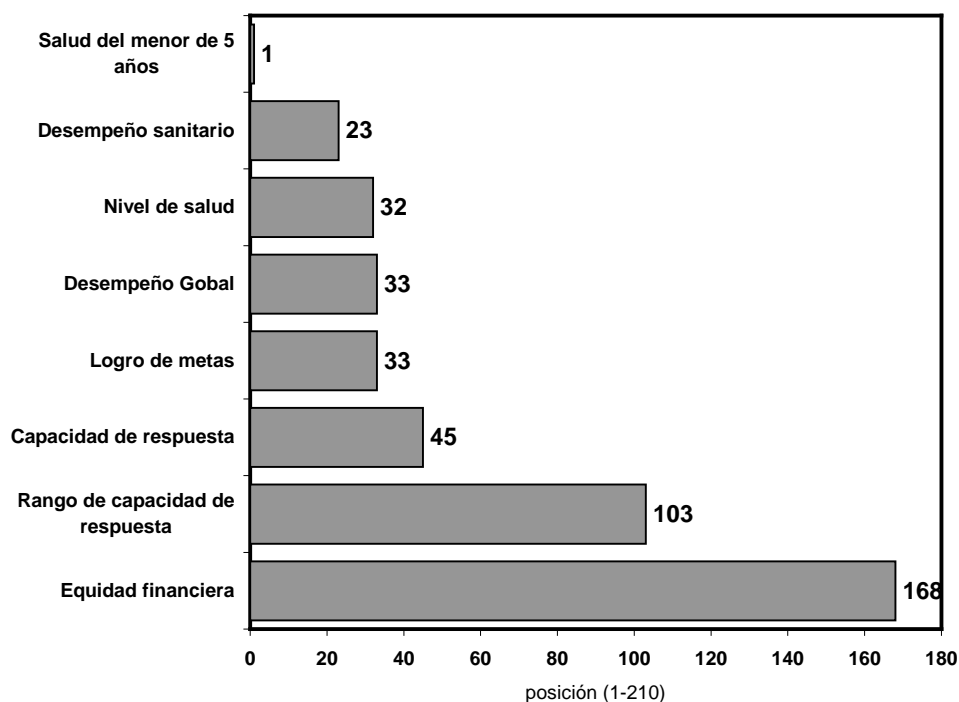
1.1.3 Desempeño Comparado

La Organización Mundial de la Salud, en el informe del año 2000 publicó el Ranking Mundial de Salud, en el cual Chile ocupa el 1er lugar en Salud en el segmento de menores de 5 años entre 180 países, el lugar 23 en desempeño sanitario y el lugar 32 en nivel de salud.

Por otra parte, ocupa el lugar 168 en equidad financiera y el lugar 103 en rango de Capacidad de respuesta.

Cuadro Nº 8

CHILE EN EL RANKING MUNDIAL DE SALUD



Fuente: OMS, INFORME 2000. Elaboración Fonasa.

Las cifras comparativas de indicadores de salud y el buen desempeño que Chile presenta en relación a otros países se explican, por una parte, por los esfuerzos realizados directamente en el área de salud en los últimos 50 años, pero también en otros aspectos del desarrollo del país que dice relación con disponibilidad para un alto porcentaje de la población de Agua potable y Servicio de Alcantarillado, avanzando el país en el futuro al tratamiento de las aguas servidas. La electrificación del territorio, a contar de 1940, ayuda también a lograr estos indicadores, puesto que facilita el acceso a aguas limpias a la población rural que no cuenta con agua potable.

También, estos indicadores se ven positivamente afectados por las acciones del Estado hacia los menores a través de programas de $\frac{1}{2}$ litro de leche diario gratuito y otros alimentos a cada menor, desde el día de su nacimiento hasta los seis años de edad; y, desayuno y almuerzo escolar gratis a todos aquellos niños que asisten a escuelas y que sean de bajos recursos económicos.

1.2. El Sistema de Salud

Como sistema de seguridad social, la salud en Chile aparece formalmente en 1924, mediante la ley 4.054 que crea la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, que cubría riesgos de invalidez, vejez y muerte de obreros, artesanos, campesinos y servicio doméstico, con financiamiento tripartito. En ese año se crea también el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, que unificó los servicios asistenciales y de salud del país, que posteriormente se convirtió en el Ministerio de Salud Pública.

A contar de ese año se desarrolla una dinámica progresiva en términos de seguridad social en el país, cuyos hitos más relevantes se señalan a continuación y que constituyen la base de la forma en que la salud se encuentra estructurada en la actualidad:

- a) Sistema de Salud, que se preocupa de la prevención, mantención y recuperación de la salud de la población del país. Este Sistema tiene la singularidad de ser mixto, con salud pública y privada, con desempeños significativamente independientes y con cierto carácter competitivo. Este sistema ha experimentado una última reforma, aún en implementación, que perfecciona el modelo y establece nuevas regulaciones y obligaciones. Es sobre esta nueva institucionalidad en la que se trabajará en el presente estudio.
- b) Seguro de Accidentes del Trabajo, obligatorio, que se preocupa de la prevención, atención, recuperación y rehabilitación de los trabajadores para los riesgos profesionales a que están afectos derivados del infortunio laboral a causa o con ocasión del trabajo que le produzca lesión, incapacidad o muerte. Este seguro alcanza a los trabajadores con contrato de trabajo que se desempeñan en el sector formal de la economía. La administración de este seguro puede ser contratada en el sector público, en que un ente se encarga de ello⁶ o, en el sector privado con opción a dos modalidades: Mutuales de Empleadores -entidades sin fines de lucro- o la Administración Delegada -en aquellas empresas que lo decidan, siempre y cuando cuenten con una planta de más de 2.000 trabajadores-.
- c) Seguros Complementarios, de carácter principalmente privado y que apuntan a la cobertura total o parcial del copago que no cubre el seguro de salud ya sea público o privado, y también a dar cobertura a algunas prestaciones que no estén cubiertas o sean parcialmente cubiertas por ese sistema, especialmente lo que dice relación con la salud dental. En el tiempo, estos seguros han adoptado diferentes formas y en la actualidad subsisten, con diferente importancia, a lo menos tres modalidades: bienestares de empresas, mutualidades de salud y, más recientemente, las compañías de seguros.

⁶ Actualmente el Instituto de Normalización Previsional

Para los efectos de este trabajo se desarrollará en detalle el Sistema de Salud. Y, subsidiariamente, los seguros complementarios.

1.2.1 Organización del Sistema de Salud

1.2.1.1. Sistema de Salud de Chile

En Chile, para la prevención, mantención y recuperación de la salud de la población el sistema es mixto y permite que las personas con trabajo formal o al trabajador independiente elijan libremente el sistema de salud en el que adquieren -para él y su familia- cobertura a través de un seguro de salud. Para estos efectos, la ley establece una cotización obligatoria porcentualmente igual (7% con tope de aproximadamente 1.700 dólares), la cual se descuenta de su remuneración. Ésta, en el caso de inscribirse en el sector público es fija, mientras que en el caso del sector privado constituye una cotización base.

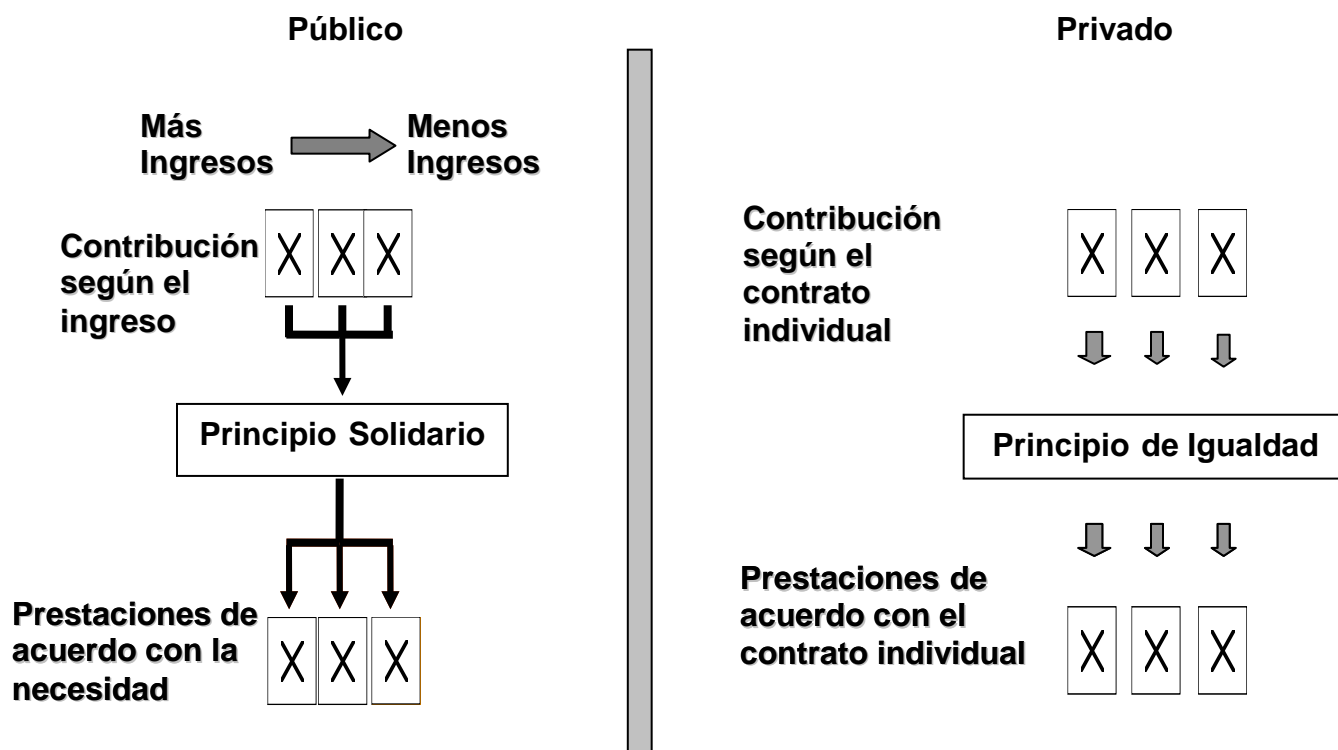
El asegurador público es una sola institución, llamada Fondo Nacional de Salud, FONASA. El asegurador privado está constituido por varias empresas (18 en 2004) llamadas Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE. Estas instituciones actúan en forma independiente y compiten entre ellas.

FONASA, como asegurador público, está obligado no sólo a recibir a aquella población con capacidad de pago para cotizar, sino que su misión es asegurar a la población con el objeto de cubrir sus necesidades de salud. Este rol se extiende a aquellas personas cuyos riesgos están por sobre sus capacidades de pago, como así también debe dar cobertura colectiva e intergeneracional durante todo el ciclo de vital aún a aquellos que, en cálculos de riesgos, sean rechazados por el sistema privado. El principio básico que rige el seguro público es el solidario.

Las ISAPRE efectúan contratos individuales con cada cotizante y la cobertura que recibe es individual en virtud de la cotización según contrato y el riesgo que supone el individuo y su grupo familiar. El principio básico que rige el sistema Isapre es el de igualdad.

Cuadro Nº 9

Principios Básicos Del Aseguramiento Social Público y Privado



Fuente: Fonasa- Subdepartamento de Estudios

Sin embargo, tanto el seguro público como los privados, a contar del 1º de julio de 2005 están obligados a ofrecer a sus beneficiarios un Plan Base igual llamado AUGE -Acceso Universal con Garantías Explícitas-. Se trata de un Plan que cubre 56 patologías, que se alcanzarán en 2007 y que se inició con la cobertura de 25 patologías. Por una parte, está construido bajo criterios de frecuencia, gravedad y alto y posibilidades de tratamiento eficaz y con capacidad a nivel nacional por otra.

Tanto FONASA como las Isapre son fiscalizados por la Superintendencia de Salud, organismo autónomo dependiente del Ministerio de Salud.

1.2.1.1.1. Fondo Nacional de Salud, FONASA

El Fondo Nacional de Salud, FONASA es una institución pública creada en 1979, mediante dictamen del Decreto Ley Nº 2.763 de 1979, vigente a contar de 1980, que tuvo como finalidad reorganizar el Ministerio de Salud y las instituciones relacionadas al mismo, facilitando el cumplimiento de ciertos objetivos:

- Establecer las bases de un Sistema Nacional de Servicios de Salud (prestadores públicos) que posibilitara el efectivo acceso de la población a acciones de salud.
- Cumplir con las políticas de salud.

- La redistribución de la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades reales de cada región, en beneficio de un desarrollo homogéneo.
- La adaptación de las nuevas estructuras a las políticas de regionalización.

Inicialmente, FONASA tenía como función básica la de actuar como ente financiador de prestaciones de salud, efectuando remesas de fondos a los Servicios de Salud por las prestaciones que otorgaban.

En 1985, una nueva normativa establece dos formas de atención a los beneficiarios del sistema público:

- Atención en establecimientos públicos dependientes de los Servicios de Salud, con cobertura financiera dependiente de los ingresos de los beneficiarios, la cual se denominó Modalidad de Atención Institucional, MAI.
- Atención en Modalidad Libre Elección, MLE, en la cual el beneficiario opta por atenderse con prestadores que hayan suscrito convenio con FONASA y donde la cobertura financiera depende del grupo tarifario (tres en la actualidad) en que se encuentra inscrito el profesional o entidad prestadora.

En ese contexto, FONASA, durante los años 80 y mediados de los 90, cumplía dos funciones: actuar como ente financiador de prestaciones de salud; y, administrar la Modalidad de Libre Elección, siendo intermediario financiero entre el prestador y el beneficiario a través de la venta y pago de bonos u órdenes de atención.

En 1999 y en 2004 se dictan leyes que enmiendan la Ley de 1979, modificando y perfeccionando el sistema de salud de Chile, lo cual significa cambios en la organización, la estructura, en las facultades y funciones, asignándole un rol de Asegurador Público de Salud.

Asegurador Público

El rol de Asegurador Público de Salud implica para FONASA desplegar diversos roles o funciones genéricas:

- **Asegurador:** Debe asegurar a la población con el objeto de cubrir sus necesidades de salud. Por ser un ente público y asumir responsabilidades sociales y generales para la población, el rol de seguro se extiende a aquellos cuyos riesgos están por sobre su capacidad de pago (solidaridad), así como para dar cobertura colectiva e intergeneracional durante todo el ciclo vital, aún a aquellos que, en cálculos de riesgos, sean rechazados por el sistema privado.
- **Reasegurador:** Debe actuar como reaseguro implícito de otros seguros (Isapres y Mutuales) para toda la población del país. Tal rol, FONASA lo cumple de hecho al no tener posibilidades de rechazar un paciente o grupo.

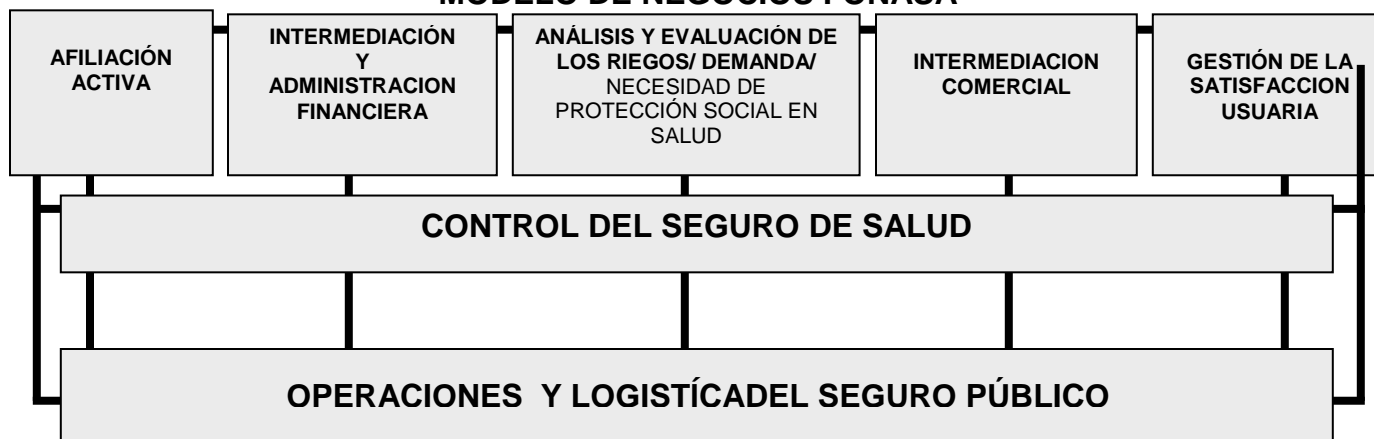
- **Regulador implícito:** Pese a que la instancia de regulación esencial está radicada en la Superintendencia de Salud, FONASA, por sus atribuciones, actúa parcialmente en el ámbito de las regulaciones, especialmente en lo que dice relación con aranceles.

Asimismo, desde 1999 FONASA se convierte en un Servicio Público autónomo, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio y a partir de 2004, en asegurador público de salud, labor que se sustenta dos componentes:

- a) Generar disponibilidad de oferta real de atenciones de salud a los asegurados y beneficiarios. Esta función se refiere a los mecanismos de compra y pago de entre seguro y los prestadores.
- b) Asegurar accesibilidad a la oferta de atenciones en salud, lo cual implica información, protección financiera y oportunidad.

El modelo conceptual de FONASA, como asegurador público en salud, cuyo financiamiento proviene tanto del 7% de la remuneración imponible de los trabajadores suscritos a dicho seguro como de aporte fiscal, está basado en seis grandes Funciones Estratégicas, que se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro Nº 10
MODELO DE NEGOCIOS FONASA



Fuente: A. Erazo, Rol del Asegurador Público en Chile, 2004

Estas funciones se detallan a continuación:

- **Afiliación Activa:** El objetivo es captar aquellos sectores de población susceptibles de ser incorporados al Seguro Público de Salud.
- **Intermediación y Administración Financiera:** El objetivo es gestionar las fuentes y usos de recursos del seguro público con el objeto de aumentar la protección financiera, con solidaridad y equidad social, donde todos aporten según sus capacidades y se beneficien según sus necesidades de salud.
- **Análisis y Evaluación de Riesgos / Demanda y necesidad de Protección Social en Salud:** La evidencia de una población con diferencias tanto de

sexo, edad, ingresos y accesos a servicios diversos, crea diferencias en cuanto a las necesidades sanitarias. El objetivo es evitar todas las selecciones perversas y adversas contra quienes ejercen mayor demanda de servicios de salud y disponen de menos recursos para solventarlos.

- **Satisfacción Usuaría:** El objetivo es mantener y fidelizar a la población asegurada, incorporando sus demandas y expectativas para la readecuación del plan de beneficios y el mejoramiento continuo de los servicios.
- **Control del Seguro Público de Salud:** El objetivo es generar y aplicar procesos y mecanismos de control dirigidos a los productos que intervienen en el correcto uso del Seguro Público de Salud.

Beneficiarios

Son beneficiarios de FONASA los trabajadores del sector público y privado, los trabajadores independientes y los imponentes voluntarios que cotizan en cualquier régimen legal de previsión y las personas que gozan de pensión previsional de cualquier naturaleza, que opten por el Seguro Público de Salud. También son beneficiarios las personas que gozan de subsidio de incapacidad laboral o de cesantía, los causantes de asignación familiar de todos los anteriores, la mujer embarazada, los niños hasta los 6 años de edad, las personas carentes de recursos o indigentes, que gozan de pensión asistencial y subsidio único familiar.

Estos beneficiarios son clasificados en cuatro segmentos según su situación de ingresos, correspondiendo el tramo **A** quienes no cuentan con ingresos y/o viven en condiciones de indigencia, y aquellos beneficiarios de pensiones asistenciales. Al tramo **B** corresponden las personas que tienen ingresos que no exceden el ingreso mínimo mensual (aproximadamente US\$ 200.) Al tramo **C** corresponden aquellas personas con ingreso mensual mínimo y hasta 1,46 veces dicho monto, siempre que sus cargas no excedan de dos, y aquellos que tengan un ingreso superior a 1,46 ingresos mensuales mínimos con 3 o más cargas legales. El grupo **D** lo integran personas con ingresos superiores a 1,46 ingresos mínimos mensuales, siempre que sus cargas legales no excedan de dos.

Las atenciones que estos beneficiarios reciben en la Modalidad Atención Institucional (MAI) las cancelarán de acuerdo a la clasificación antes señalada, correspondiendo atención gratuita a los grupos **A y B**, el copago de los grupos **C y D** es del 10% y 20% de valor del arancel, respectivamente.

Los beneficiarios de los tramos C y D tienen la opción de acceder a la atención de la Modalidad de Libre Elección (MLE), correspondiendo el copago en función del nivel de Arancel al cual esta inscrito el prestador privado. Para facilitar el acceso a esta modalidad, FONASA ha implementado un sistema de emisión electrónica de bonos (o cupones de pago), que se opera desde los recintos del prestador, a través de un mecanismo de identificación dual basado en el documento de identificación y en la huella dactilar, que se captura electrónicamente.

Plan de Salud

Todos los beneficiarios de FONASA tienen derecho a un Plan de Salud único, que contempla lo siguiente:

- Asumir el respaldo financiero ante riesgos o efectos negativos del estado de salud de las personas (Programa de Préstamos Médicos).
- Seguro Catastrófico para patologías o prestaciones determinadas a las que se puede acoger cualquier beneficiario de FONASA, pero exclusivamente en la Modalidad de Atención Institucional.
- Plan AUGE, (Acceso Universal con Garantías Explícitas) que garantiza atención en tiempo y calidad para un paquete de patologías que en 2007 alcanzará el número de 56.
- Subsidios por Incapacidad Laboral, generados por Licencias Médicas.

Resumen

A partir de 2005, FONASA ha asumido un rol pleno de Asegurador Público de Salud, el cual desde su creación desempeñó en forma parcial. Las modificaciones legales promulgadas a partir de los años 90, asociada al propio desarrollo institucional le han permitido asumir este nuevo rol como único asegurador público, con funciones de complementación y competencia con los Aseguradores Privados de Salud, en el marco del sistema mixto de salud chileno.

1.2.1.1.2. Instituciones de Salud Previsional, Isapres

Las Instituciones de Salud Previsional, Isapres, son personas jurídicas de derecho privado con legislación especial y de giro único, que tienen por finalidad otorgar prestaciones y beneficios de salud a las personas que opten por incorporarse a ellas y cuyo financiamiento proviene de la cotización legal del 7% sobre la remuneración imponible o superior, según se convenga.

Las Isapres surgen en Chile en 1980, junto con la reforma a los sistemas previsionales y de salud, que pone en práctica el financiamiento individual de los diferentes beneficios provisionales. En principio se pensó que el Estado cumpliría exclusivamente un rol subsidiario, teniendo la función de garantizar un nivel mínimo de protección a los trabajadores cuando las cotizaciones provenientes de sus remuneraciones (o la ausencia de ingresos) no fueran suficientes para alcanzar dicho nivel.

Como se señaló anteriormente, el sistema chileno permite al cotizante elegir la institución aseguradora, sea ésta pública (FONASA) o privada (ISAPRE).

En 1981, el Ministerio de Salud Pública autorizó la existencia de las Instituciones de Salud Previsional, conocidas como Isapre y cuyo marco regulatorio incluyó, en 1991, a la Superintendencia de Isapres, hoy convertida en Superintendencia de Salud.

El marco jurídico de funcionamiento de las Isapres ha ido perfeccionándose a través del tiempo, que desde 1985 establece un sistema único de cotizaciones hasta el 2005, en que se pone en vigencia la reforma de salud, con una nueva estructura de Autoridad Sanitaria y con el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, AUGE como patrón básico de cobertura.

Funcionamiento

La afiliación a una Isapre es un acto voluntario del interesado, quien elige la institución a la cual desea incorporarse, conviniendo con ésta la celebración de un contrato escrito que conviene los derechos y las obligaciones de las partes. Este contrato se denomina Contrato de Salud y en su celebración intervienen el afiliado y la institución.

Estipulaciones mínimas del Contrato de Salud

Las diferentes legislaciones que han modificado y mejorado la ley original de Isapres han ido estableciendo estipulaciones mínimas que debe contener el Contrato de Salud.

Estas son:

- Consignar de manera clara las prestaciones y servicios pactados, incluyendo porcentaje de cobertura y los valores sobre los cuales se aplicaran.
- Indicar los montos máximos de beneficios por beneficiario, si los hubiere, y los montos máximo para alguna o algunas prestaciones si fuera el caso.
- El precio que pagará el afiliado a la Isapre por el Plan que contrató, en cuanto a monto y unidad pactada, con indicación clara que dicho precio solo puede cambiar cumplida la anualidad. El precio del contrato debe ser como mínimo equivalente al 7% de la remuneración imponible del cotizante.
- Debe indicar el arancel o catálogo valorizado de prestaciones, con sus topes que se usarán en el cálculo de beneficio, unidad en que esta expresado el arancel, y forma y oportunidad en que se reajustará. El arancel a lo menos deberá contener las prestaciones del Fondo Nacional de Salud, FONASA.
- Especificar exclusiones de cobertura pactadas, las cuales deben estar en el listado legalmente permitido.

Beneficios mínimos

Aún cuando la normativa permite que las Isapres pacten libremente con sus afiliados el nivel de beneficios, existen las siguientes prestaciones mínimas desde la promulgación de la reforma de 2005:

- Examen de medicina preventiva
- Protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes de nacimiento del hijo
- Atención del recién nacido hasta los seis años de edad
- Seguro de Enfermedades Catastróficas, con tope legal de deducible
- Plan AUGE.

Estos dos últimos pueden ser cubiertos en atención cerrada que determine la Isapre.

Beneficios generales

Los beneficios generales están referidos a aquellos para la recuperación de la salud, para los cuales existe libertad para fijar el nivel de las prestaciones, el cual debe establecerse en el Contrato de Salud.

En este contexto de libertad de contrato, las Isapres ofrecen prestaciones de otra naturaleza, entre las que cabe destacar la atención odontológica, bonificación de medicamentos y/o implementos ópticos.

Características de la Industria

Desde sus inicios el principio básico de funcionamiento de las Isapres ha sido la libre competencia. Esta se refleja en la amplia libertad de pacto y cobertura en el campo de la medicina curativa, que es el área donde las Isapres han desarrollado una diversidad de planes, que llegan a más de 16.000.

En la actualidad, el mercado de las Isapre está conformado por 18 instituciones, de las cuales 10 son abiertas y 8 son cerradas, cubriendo una población beneficiaria de 2,7 millones de personas, según se presenta en el cuadro N° 11.

Las Isapres abiertas son aquellas que compiten en el mercado recibiendo todo tipo de afiliados; en cambio, las Isapres cerradas están relacionadas con una empresa y sólo pueden incorporar trabajadores de esa empresa o grupo de empresas. Estas últimas se encuentran fuertemente relacionadas a sistemas de bienestar de empresas con cierto tamaño de planta que justifique la operación de una Isapre para el grupo de trabajadores de dicha empresa.

Cuadro Nº 11

Beneficiarios Vigentes del Sistema Isapre Años 2002 y 2003

	Isapres Abiertas	Diciembre-02	Diciembre-03
1	Promepart	106.897	98.524
2	Vida Plena S.A.	166.510	-
3	Colmena Golden Cross	327.915	346.825
4	Normédica	49.991	52.783
5	ING Salud S.A.	562.254	594.822
6	Vida Tres	128.694	138.111
7	Mas Vida	184.412	196.249
8	Isapre Banmédica	471.337	489.936
9	Sfera	27.878	36.912
10	Consalud S.A.	648.673	620.763
11	Alemana Salud S.A.		
	Total Isapres Abiertas	2.674.561	2.574.925
	Isapres Cerradas		
1	San Lorenzo	7.482	7.154
2	El Teniente	47.369	46.457
3	Chuquicamata	33.597	34.126
4	Río Blanco	5.182	5.224
5	Banco del Estado	27.549	27.090
6	Ferrosalud	10.079	14.038
7	CTC - Istel	17.510	15.321
8	Cruz del Norte	4.899	4.753
	Total Isapres Cerradas	153.667	154.163
	Total sistema	2.828.228	2.729.088

Fuente: Superintendencia de Isapres, Archivo Maestro de Beneficiarios.

Las Isapres han incrementado la demanda de por prestaciones médicas, lo que ha originado el desarrollo de diferentes proyectos de inversión, concretados en numerosos centros médicos y laboratorios. Adicionalmente, algunas Isapres han desarrollado infraestructura médica ambulatoria y hospitalaria, con incorporación de tecnologías nuevas y complejas. En estos casos, las estructuras de propiedad entre las empresas creadas generalmente son directas o por participación accionaria directa o indirecta.

1.2.1.2. Seguros de Accidentes del Trabajo

La primera disposición sobre accidentes del trabajo data de 1916, en que por ley se determinaron prestaciones médicas y económicas en beneficio del trabajador accidentado, estableciéndose la responsabilidad del empleador en esta contingencia.

En 1924 se legisló para incluir las enfermedades profesionales. En 1945 se establecieron prestaciones económicas variables en función de las remuneraciones del trabajador y se creó un fondo de garantía constituido por el empleador no asegurado, a través de una Compañía de Seguros, para así responder al cumplimiento de la ley.

En 1957, al amparo de disposiciones del Código de Trabajo, nace la primera Mutualidad de Empleadores, cuyo objeto es enfrentar en forma conjunta el seguro de accidentes de trabajo, asumiendo los riesgos, pero incorporando el concepto de prevención de los riesgos, de manera de controlar, minimizar y evitar en lo posible, la ocurrencia de accidentes del trabajo y enfermedades y que, de producirse éstos, el trabajador pudiera recibir oportunamente las prestaciones médicas y también las prestaciones económicas que le permitieran seguir manteniendo la familia.

En 1965 se perfecciona la ley y esas regulaciones son la base del marco en que actualmente se desenvuelven las mutuales de empleadores.

El Sistema de Protección de los Trabajadores por Accidentes del Trabajo es hoy un sistema mixto, en el cual las empresas pueden optar por asegurarse en el Sistema Privado de Mutualidades de Empleadores o Administración Delegada; o, en el Asegurador Público de Accidentes del Trabajo, radicado en el Instituto de Normalización Previsional, INP.

Contingencias que cubren

Las contingencias cubiertas por estos seguros son:

- Accidentes del trabajo, lesiones incapacitantes que sufra a consecuencia o con ocasión del trabajo y que provocan al afectado incapacidad o muerte.
- Accidentes de trayecto, definido como aquel que tiene lugar en el itinerario directo, entre la habitación y el lugar de trabajo.
- Enfermedad profesional, que es la causada de manera directa por la profesión o el desempeño laboral y que produce incapacidad o muerte.
- Accidentes sufridos por los dirigentes sindicales a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales.
- Estudiantes en práctica.
- Accidentes en actividades de capacitación.

Prestaciones

Las Prestaciones que se otorgan, con ocasión de un accidente de trabajo, comprenden lo siguiente:

- Prestaciones Económicas a los trabajadores incapacitados en forma temporal o permanente, a causa o con ocasión de, un accidente o enfermedad de origen laboral y pago de pensiones de viudez y orfandad a los deudos del trabajador fallecido a causa o con ocasión del trabajo.
- Acciones sistemáticas para prevenir la ocurrencia de los riesgos laborales en las empresas adherentes.
- Atención o cobertura médica integral, incluyendo rehabilitación y reeducación profesional a los trabajadores que sufren accidentes o enfermedad profesional.

En relación a la atención y cobertura médica, la ley ha obligado a las Mutuales de Empleadores a desarrollar a nivel nacional, en forma individual o conjunta, redes de instalaciones hospitalaria, clínicas y posta de urgencia, especializadas en trauma, en su mayoría de propiedad de ellas.

El INP, por su parte, otorga la atención médica a sus asegurados a través de la Red de los Servicios Públicos de Salud, mientras que en lo relativo a actividades de prevención, las efectúa a través de convenios con universidades y las propias mutuales.

Funcionamiento

Las Mutualidades de Empleadores son corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro, que tienen por objeto administrar el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Tanto las Mutualidades, como el INP son fiscalizados por la Superintendencia de Seguridad Social, dependiente del Ministerio del Trabajo.

Característica de la Industria

En el mercado actúan 3 Mutualidades, que cubren a aproximadamente a 2,5 millones de trabajadores afiliados, pertenecientes a 73.000 empresas. Desde fines de los años 60 que esta industria no ha registrado nuevos actores, debido, entre otros factores a los siguientes aspectos:

- La ley exige que se lleven a cabo altas inversiones para disponer de servicios médicos adecuados y especializados, así como por los recursos necesarios para construir garantías.
- Altos requisitos legales para constituir una mutual, destacando, entre otros: i) el constituirse como entidad sin fin de lucro; ii) contar con el patrocinio de, al menos, 20.000 trabajadores para constituir una mutual; iii) que las empresas

adherentes deben ser solidariamente responsables de las obligaciones contraídas por la mutual.

Por su parte, el INP tiene afiliado aproximadamente a 850.000 trabajadores, pertenecientes a 340.000 empleadores, en general empresas pequeñas y microempresas.

1.2.1.3. Seguros Complementarios de Salud

Estos seguros buscan complementar las coberturas de salud en dos aspectos, los cuales se presentan juntos o separados: i) ayudar al cubrir el copago que no financian los seguros obligatorios del Sistema de Salud; ii) incorporar prestaciones no incluidas en las coberturas de los planes de salud del Sistema de Salud, especialmente en lo que dice relación con la atención odontológica.

Como se señaló anteriormente, tales seguros complementarios se manifiestan a lo menos en tres tipos de organizaciones:

- a) Seguros de Salud Complementarios de Compañías de Seguros, de aparición relativamente reciente en el mercado,⁷ ubicándose sus inicios a comienzos de los años 90. Ofrecen al mercado, fundamentalmente, dos productos: i) seguros para enfermedades catastróficas o de alto costo; ii) seguros de cobertura del copago.

Estos seguros, al igual que todos los que ofrecen la Compañías de Seguros en Chile, están regulados y supervisados por un organismo autónomo estatal denominado Superintendencia de Valores y Seguros.

El desarrollo de la facturación de este seguro se muestra en el Cuadro N° 10 y los beneficiarios de esta modalidad se estiman en 1.200.000 personas.

- b) Mutualidades de Salud, que son instituciones en la forma de mutuales, solidarias y cooperativas de ayudas organizadas para cubrir gastos en salud desarrolladas en el siglo pasado y que buscaban suplir las falencias de cobertura que el sistema de salud dejaba en esa época. Sus integrantes pertenecían fundamentalmente a empleados, los cuales hasta los años 60 prácticamente no tenían cobertura de salud.

Actualmente esta modalidad se encuentra en vías de extinción, aunque la población cubierta se estima aún en alrededor de 250.000 personas, con una facturación anual no superior a los US\$ 30 millones.

⁷ Por cierto, modalidades de seguros de salud existieron con anterioridad, pero nos referimos a la complementariedad con los seguros ofrecidos por el sistema Isapres.

- c) Bienestares de Empresa, que son sistemas de salud (o de apoyo solidario) creados desde principios del siglo pasado al interior de grandes empresas públicas y privadas, las que buscaban paliar las deficiencias del sistema de salud, tanto en comprensión de salud (salud dental mental), universalidad (exclusión de empleados de oficina) y totalidad (básicamente atención cerrada).

Se crean por iniciativa de la empresa o presión sindical, correspondiendo su administración; en la gran mayoría de los casos, a la propia empresa. El financiamiento de estos bienestares tuvo carácter mixto: empresa - trabajadores, con diferentes formas según cada caso, el cual se mantiene hasta la actualidad.

Esta modalidad subsiste en las grandes empresas, tanto públicas como privadas y se supone que constituyen un factor importante de financiamiento para gastos de salud de sus trabajadores. No existe información estadística razonable respecto de ellos.

1.2.2. Fuentes de Financiamiento

Las Fuentes de Financiamiento de las distintas formas de seguros de salud son las siguientes:

a) Fondo Nacional de Salud, FONASA

FONASA, como asegurador público cuenta con los siguientes financiamientos:

- 7% sobre remuneración imponible de los trabajadores afiliados a FONASA, que es un aporte obligatorio por ley, de cargo del trabajador.
- Aportes directos del Presupuesto Público
- Copagos

b) Instituciones de Salud Previsional, Isapres

Las Isapres, como aseguradores privados cuentan con los siguientes financiamientos:

- 7% sobre remuneración imponible de los afiliados a la Isapre, que es el aporte obligatorio por ley, de cargo del trabajador.
- Aportes por cotización adicional voluntaria, con el objeto de incrementar beneficios y/o coberturas, que actualmente representan alrededor de un 2,3% de la remuneración imponible. Es de cargo del trabajador.
- Copagos

c) Mutuales de Empleadores

Las Mutuales de Empleadores como aseguradores de accidentes del trabajo y de enfermedades profesionales se financian con aportes de cargo del empleador que son los siguientes:

- Cotización Básica General del 0,9% del total de las remuneraciones imponibles
- Cotización adicional diferenciada en función de la actividad económica y riesgo de la empresa. El máximo es del 3,48% de las remuneraciones imponibles, pudiendo duplicarse si la entidad empleadora exhibe una tasa de riesgo sobre el nivel correspondiente a la respectiva actividad.

d) Seguro de Accidentes del Trabajo del Instituto de Previsión Previsional, INP

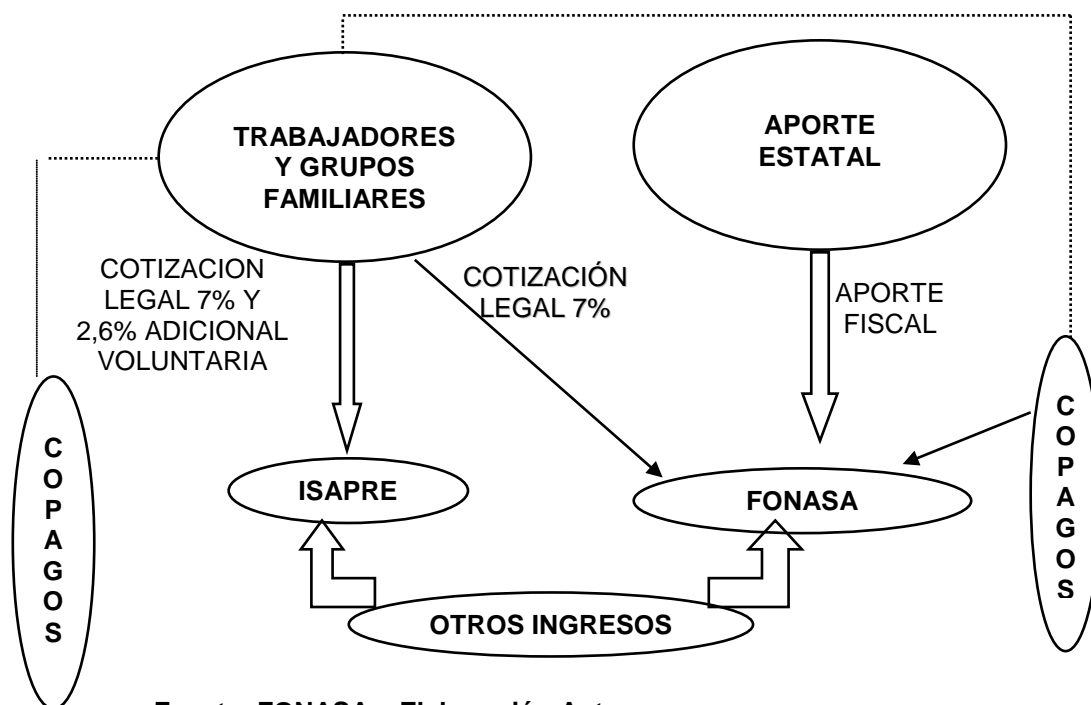
El INP, como asegurador de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se financia con los siguientes aportes:

- Cotización Básica General del 0,9 %

e) Seguros Complementarios

Los seguros complementarios no tienen regulaciones de tasas y las primas son resultados de acuerdos comerciales entre aseguradores y asegurados.

Cuadro Nº 12



Fuente: FONASA y Elaboración Autores.

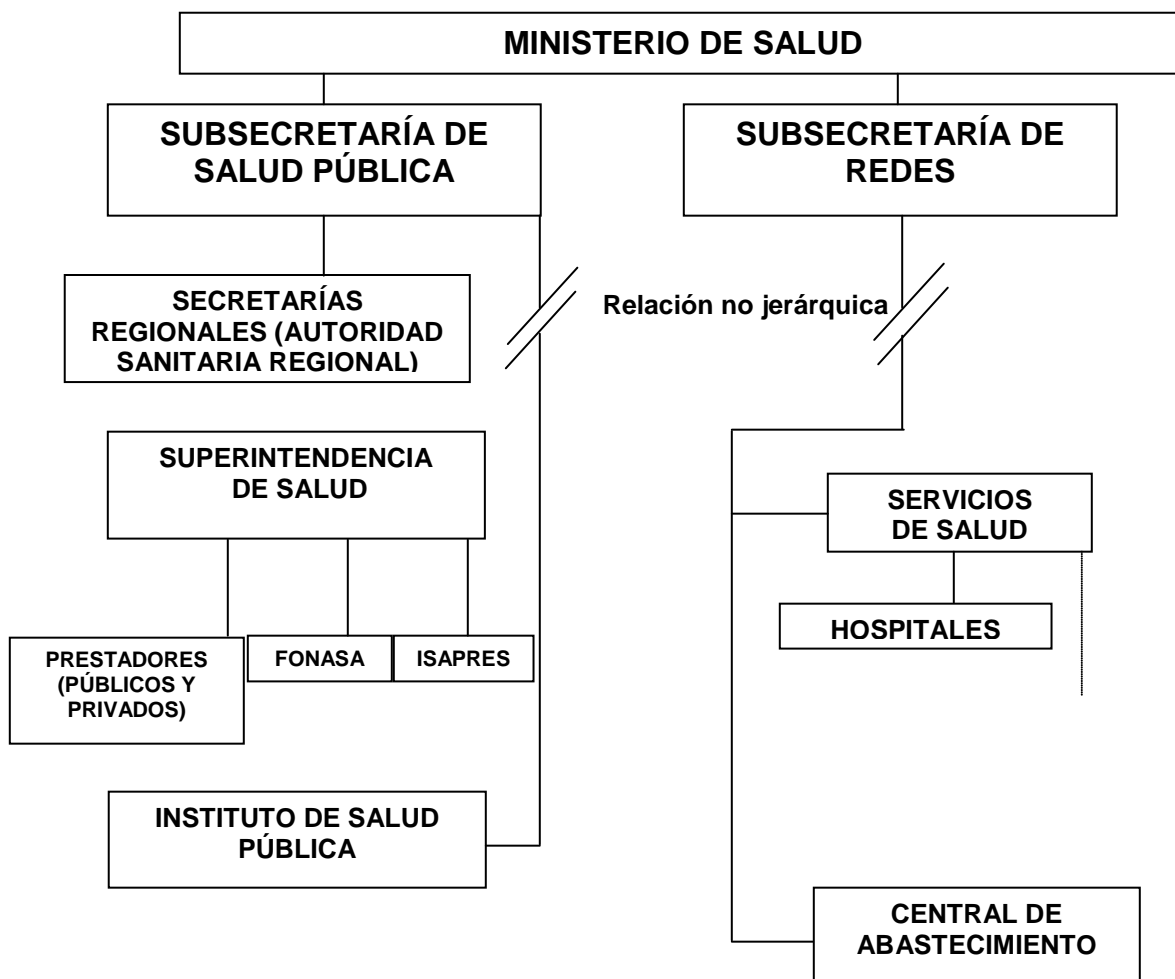
1.2.3. Administración Global del Sistema de Salud

La existencia de un sistema mixto de salud, con co-existencia de entes públicos y privados como aseguradores de salud, que en cierta medida se complementan mientras que en otra compiten, unido a la existencia de sistemas públicos y privados de prestadores, hacen que, en la práctica, no exista una administración única y universal de sistema de Salud.

Lo que existe es un conjunto de leyes y disposiciones que regulan y reglamentan la actividad y que buscan también incentivar la gestión eficiente del sistema, dando autonomías y obligaciones de rendimientos a través de lo que se entiende como Autoridad Sanitaria y que recae en el Ministerio de Salud, específicamente en la Subsecretaría de Salud Pública.

Por estas razones, el Estado ha desarrollado mecanismos de orientación, control y fiscalización de la actividad de salud a través de su estructura.

Cuadro Nº 13



Fuente: MINSAL

En lo que se refiere a las Mutuales de Empleadores, que administran el seguro contra accidentes del trabajo y enfermedades profesionales junto al asegurador público INP, son fiscalizadas por la Superintendencia de Seguridad Social, dependiente del Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Los Seguros Complementarios, por su parte, son fiscalizados según su carácter: Los otorgados por Compañías de Seguro son fiscalizados por la Superintendencia de Valores y Seguros, dependiente del Ministerio de Economía; las mutuales del salud, por ser corporaciones privadas sin fines de lucros, deben informar de sus actividades al Ministerio de Justicia, mientras que los Bienestares de empresa, independiente de su constitución jurídica, responden principalmente a la empresa que los genera y a las organizaciones de trabajadores que protegen, en otros casos o a ambos conjuntamente.

1.2.4. Interacción Público-Privada

Debido a los compromisos de satisfacción establecidos por el Sistema, al asegurador público con los usuarios se le generan desequilibrios entre oferta y demanda de servicios que no pueden ser resueltos exclusivamente con recursos propios del sistema público a través de los Servicios de Salud.

En Chile se han buscado formas de buscar combinaciones entre prestadores públicos y privados que permitan maximizar la función de salud, lo cual está determinado por los intereses y principios que definen al seguro público. Puede afirmarse que este proceso, de carácter dinámico, está recién comenzando. En la Modalidad de Atención Institucional, la complementariedad público – privada las formas más comunes en que se están dando son:

- Compra de servicios directos por parte de los Servicios de Salud.
- Convenios permanentes con privados para realizar diversos tratamientos, por ejemplo, en la hemodiálisis.
- Convenios de emergencias establecidas para los casos de “rebalse”. En todos aquellos casos en que el beneficiario del seguro público de Chile ha sido estabilizado en su riesgo vital por el prestador privado y decide el beneficiario ser trasladado a un establecimiento público -optando para todos los efectos por la modalidad de atención institucional (MAI)- en los casos en que no sea posible su derivación o rescate a un establecimiento público, el Centro Regulador informa al prestador que siga atendiendo al beneficiario mientras gestiona su traslado. El costo que se genera durante el tiempo transcurrido entre el momento que debió ser trasladado y su permanencia en el centro asistencial privado se le denomina “Rebalse”, siendo su costo de entero cargo del FONASA, independientemente de los copagos que deba efectuar el beneficiario, según su tramo de ingresos.
- Compra directa de servicios con la modalidad PAD, Pago Asociado a Diagnóstico, especialmente en cirugías relacionadas con Garantías Explícitas de Salud (GES), incluidas en el Plan AUGE.

- Pago por población o per-cápita, la cual sólo están presente en algunas experiencias pilotos.

La manera más evidente de esta asociación público – privada se expresa en la Modalidad Libre Elección (MLE), a través de la cual prestadores del sector privado cubren el 98% de las prestaciones generadas por beneficiarios del sector público y que en el año 2004 alcanzaron el número de 28,9 millones de prestaciones. Al considerar esta cifra, debe tenerse en cuenta que existen ciertas acciones de salud que implican varias prestaciones.

La complementación público - privada se da también por demanda de beneficiarios del sector privado en prestadores públicos, especialmente en urgencias y atención hospitalaria en recintos de los Servicios de Salud. Este tipo de servicio cobra mayor importancia en zonas geográficas alejadas de centros urbanos importantes, donde los servicios privados ofrecen baja complejidad tecnológica, o sencillamente no existen.

1.2.5. Desarrollo Histórico

La Seguridad Social se funda en el derecho a una vida digna. Por ello se relaciona con la satisfacción de los estados de necesidad que se producen durante la vida de un ser humano, entre los que destacan la enfermedad, la cesantía, la vejez y otras. Tiene sus orígenes a fines del siglo 19 en Alemania, expresándose de manera más relevante en las leyes de Canciller Von Bismarck que crean los primeros seguros de enfermedades y accidentes del trabajo, destinados a proteger las duras condiciones de los trabajadores como consecuencia de la Revolución Industrial.

En Chile, la Seguridad Social se desarrolla como fruto combinado de la influencia alemana, de la Encíclica Rerun Novarum que promueve la doctrina social de la Iglesia en los años 20 del siglo pasado y con el Informe Beveridge, de Inglaterra de los años 40, que sentó el principio de que las Prestaciones de la Seguridad Social tenían que ser iguales para todos los habitantes del Reino. En salud, planteaba la creación de un Servicio Nacional de Salud con financiamiento básicamente estatal. Es así como el desarrollo de la Seguridad en Salud en Chile pasa por los siguientes hitos:

- 1924 Ley N° 4.054. Crea la Caja de Seguro Obrero Obligatorio. Cubría riesgos de invalidez, vejez y muerte de obreros, artesanos, campesinos y servicio doméstico.
El Financiamiento era tripartito.
Se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social., que unificó los servicios de asistencias de salud del país. Futuro Ministerio de Salud Pública.
- 1938 Ley de Medicina Preventiva. Diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades prevalentes, como por ejemplo TBC y sífilis, posteriormente cáncer e hipertensión.

- 1942 Se crea el SERMENA. Ley de Medicina Preventiva orientada a empleados públicos y privado.
- 1952 Ley 10.383. Se crea el Servicio Nacional de Salud, SNS, que unificó la administración de los hospitales públicos, transformándose en un importante poder centralizado.
Contribuyó a definir la responsabilidad del Estado en materia de salud pública, al encargarse de las acciones de fomento y protección de salud para toda la población.
Entregaba atención gratuita en la red de establecimientos del Estado a obreros y población indigente.
- 1968 Modificación del SERMENA incorporándole Medicina Curativa de Empleados, que consistía en un seguro de atención médica. Operaba por pago por acto médico a listado de proveedores inscritos en el sistema. Es en Chile, el primer sistema organizado de libre elección.
- 1979 DL N° 2.763. Fusiona los recursos del SNS y SERMENA, a partir de los cuales se crea FONASA y el Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS. El SNSS descentralizó el antiguo SNS en 26 servicios regionales, cada uno a cargo de los hospitales, postas y consultorios situados dentro de su área geográfica.
Se definieron tres funciones básicas:
 - Normativa y Control, Ministerio de Salud
 - Ejecutora, Servicios de Salud
 - Financiera y Administradora de la Modalidad de Libre Elección, MLE, FONASA
- 1979 DL N° 2.775. Permite que los obreros, a través de su sistema de previsión, tuviesen acceso a la MLE, efectuando copagos correspondientes.
- 1980 DFL N° 3063. Se inicia el proceso de traspaso de la administración y operación de la atención primaria de salud a la Municipalidades.
- 1980 Constitución Política. Consagra el derecho de las personas a elegir en salud el subsistema al cual deseen afiliarse, entre la opción pública y privada.
- 1980 DL N° 3.500. Crea la Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP, permitiéndose por primera vez la administración de fondos previsionales en manos privadas.
- Posteriormente, una modificación de este Decreto permite que las cotizaciones de salud vayan a una entidad distinta al FONASA.
- 1981 DFL N° 3. Crea las Instituciones de Salud Previsional, Isapres, sistema de seguros privados en salud, basado en la discriminación de riesgos de las personas, que se traduce en primas diferenciales, según sexo y edad y, además, permite exclusiones.
- 1986 Nueva Ley de Salud. Establece que cualquiera fuese la categoría previsional del beneficiario, obrero o empleado, éste se podría atender o bajo la MAI, efectuando pagos según su nivel de ingreso, o bajo la MLE, efectuando copagos según arancel.
- 1990 Ley 18.933. Modifica Ley de Isapres, fijando normas para el otorgamiento de prestaciones, para corregir deficiencias observadas y crea la Superintendencia de Isapres, dependiente del Ministerio de Salud, cuya función es fiscalizar el funcionamiento de esas instituciones.

- 1994 Se confiere a FONASA una nueva función, gestionar el Seguro Social Público de Salud.
- 1995 Ley N° 19.378. Crea el Estatuto de Atención Primaria Municipal, que consolida la transferencia de la administración a los municipios.
- 1995 Ley N° 19.381. Busca perfeccionar el sistema Isapre; contribuir de modo significativo a hacer realidad el ejercicio del derecho a la protección de la salud garantizado por la Constitución Política a todas las personas. Introduce modificaciones a los Contratos de Salud Previsional.
- 1999 Ley N° 19.650. Dispone la prohibición expresa a los prestadores a exigir a los beneficiarios dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier forma la atención. Esta disposición fue posteriormente reglamentada por la Superintendencia de Isapres y limitó la prohibición a atenciones de urgencia relacionadas con riesgos vital y no a cualquier evento que un beneficiario considerara como de urgencia.
La ley también determinó que los Aseguradores de Salud, FONASA e Isapres debían pagar directamente a los Servicios de Salud y a los establecimientos asistenciales de salud, el valor de las prestaciones derivadas de atenciones de urgencias o emergencias que estos otorguen a sus beneficiarios hasta que el paciente se encuentre estabilizado.
La ley establece modificaciones que inciden en la organización y estructura de FONASA, y en las atribuciones de su director, delimitando con claridad los roles del Fondo y asignándole facultades y funciones más amplias.
- 2004 Ley N° 19.937. Ley de Autoridad Sanitaria. Esta ley consagra una nueva autoridad sanitaria que esencialmente determina facultades, funciones y estructura del Ministerio de Salud.
En particular reemplaza la Subsecretaría de Salud por dos: Subsecretarías: de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales.
Además transforma la Superintendencia de Isapres en Superintendencia de Salud, la cual adquiere funciones relevantes:
 - Fiscalización de la Isapres en todos los ámbitos
 - Fiscalización de FONASA en la Modalidad Libre Elección
 - Administración del Sistema de Acreditación de Prestadores, tanto institucionales, como individuales. (Intendencia de Prestadores).
 - Fiscalizar tanto al FONASA como a las Isapres en el cumplimiento del Régimen de Garantías en Salud (Intendencia de Seguros Previsionales de Salud)
- 2004 Ley N° 19.996. Ley de Régimen General de Garantías de Salud (AUGE). Consolida el Modelo de Gestión de Salud a través de las Garantías Explícitas de Salud, GES, en que se hacen exigibles determinados derechos ciudadanos en materia de salud en acciones y prestaciones. Las GES son obligatorias para FONASA e Isapres.
- 2005 Ley de Isapres

1.2.6. Metas y Prioridades implícitas y explícitas del Sistema de Salud: equidad, contención de Costos y opción o elección del cliente.

El Sistema chileno planteado como un sistema mixto, donde los ciudadanos que trabajan tienen la opción de elegir entre un asegurador público o aseguradores privados, la institución que va a cubrir sus necesidades, en los hechos presenta distintas características de los subsistemas.

1.2.6.1 Equidad

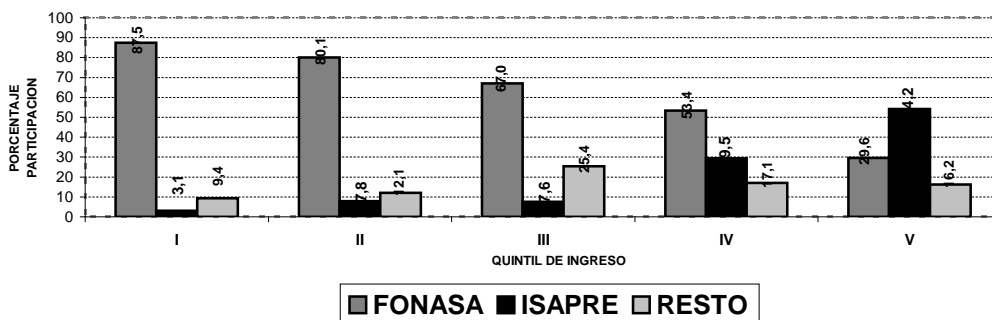
En el sector públicos metas y prioridades están por dar un apoyo financiero y de acceso a prestaciones de calidad en condiciones de oportunidad a todos sus beneficiarios con independencia de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingresos. Para ello ofrece a todos ellos una extensa canasta de prestaciones, contenidas en el Arancel FONASA, además de un Seguro Catastrófico y un Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES).

El modelo público se basa en los principios de la solidaridad y de la equidad.

En el Sistema de Salud privado de Chile los planes son individuales en función del riesgo de los contratantes, lo que explica que en la actualidad existen más de 16.000 planes en ese sistema. Este hecho crea asimetría de información asegurador – beneficiario, lo cual impide evaluaciones de ellos por parte de un beneficiario medio. De todos modos el sistema privado está obligado a proporcionar a todos sus beneficiarios, en todos sus planes, un paquete de beneficios mínimos igual al que ofrece el asegurador público y que incluye examen preventivo, seguro catastrófico y GES. Es un sistema esencialmente equivalente.

En el Cuadro N° 14 se muestra la distribución de beneficiarios por quintil de ingresos. En el cual el 87,6% del primer quintil se encuentra como beneficiario del sector público y un 3.1% en Isapres, en cambio, en el 5º quintil, es decir, el grupo de mayores ingresos, un 20,6% es afiliado a FONASA y un 64,2% a las Isapres.

Cuadro N° 14
BENEFICIARIOS POR QUINTIL DE INGRESOS



Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación, encuesta CASEN 2000.

1.2.6.2. Contención de Costos

Tanto para el sector público como para el sector privado la contención de costos ha sido una función de alta prioridad y esto se refleja en los siguientes aspectos:

- **Gastos de Administración.** En el asegurador público, FONASA, los gastos de administración representan aproximadamente un 3% del total de gastos. En las Isapres, gastos de administración, incluyendo utilidades, representan aproximadamente un 20% de los gastos en 2004. Este gasto de las Isapres muestra año a año disminuciones porcentuales y los niveles alcanzados están influidos por los gastos comerciales en que estas instituciones deben incurrir para mantener y captar cotizantes.
- **Gastos en Salud.** En ambos sistemas, público y privado, la función compra de servicios de salud a proveedores son de alta importancia, lo cual se refleja en los Convenios de Prestaciones, bajo distintas modalidades. También el desarrollo de la atención institucional en el caso del sector público, o cerrada en el caso del sector privado, tiende a controlar los costos de salud, tanto en precio, como en cantidad de prestaciones. En este sentido, el desarrollo de protocolos de atención es una práctica cada vez más usada por los aseguradores, especialmente en aquellas patologías catastróficas, las incluidas en las GES, y en todas las compras con Pago Asociado a Diagnóstico, PAD.
- **Control de los Subsidios por Incapacidad Laboral.** Ambos sectores, pero especialmente el privado, han desarrollado controles tanto internos como externos para evitar abusos con esta prestación, que en el sector privado representa cerca de un 23% del total de la cotización obligatoria.

1.2.6.3. Opción o elección del cliente

La posibilidad de elección que proporciona la protección en salud, como se explicó anteriormente, está consagrado en la Constitución Política, marco legal que es la base de la existencia del sistema mixto en Chile.

A través de Modalidad de Libre Elección (MLE), un beneficiario tiene libertad para elegir quién le otorga la prestación existe en términos relativos, la cual implica que, tanto en el sector público como en el privado, se generen copagos que, en cierta medida, regulan o amortiguan el uso indiscriminado de estos servicios. Es decir, el objetivo principal del copago es la reducción del “moral hazard”.

El asegurador público ofrece como alternativa la Modalidad de Atención Institucional (MAI), con copagos menores al MLE, pudiendo ser incluso gratuitos.

En el sector privado se ofrecen planes alternativas con copagos menores o costo cero en atenciones cerradas o en convenio, especialmente en el caso de exámenes y cirugías.

Las únicas restricciones a esta libertad de elección, en los dos sistemas están dadas por aquellas acciones con garantías explícitas, como son los exámenes preventivos, los seguros catastróficos y los GES (Garantías Explícitas en Salud), en los cuales las atenciones son institucionales.

2. DERECHO PÚBLICO A LA SALUD

2.1. Naturaleza y tipo de prestaciones incluidas

El Derecho Público a la Salud en Chile, representado principalmente por el asegurador público FONASA, es principalmente de naturaleza universal y solidaria.

Universal, en el sentido que el acceso al sistema está abierto a todas las personas, sin ningún tipo de restricción de ingreso, edad, sexo o condición de salud. Aún más, por el solo ministerio de la ley, los beneficiarios tienen derecho a filiación automática, al cumplirse ciertos requisitos.

Solidaria, en el sentido que todos los beneficiarios tienen derecho a los mismos beneficios. Con ello se busca hacer realidad el hecho que la sociedad, a través del Estado, se hace cargo de sus integrantes que se encuentran temporal o permanentemente en situación de vulnerabilidad o discapacidad y están impedidos de procurarse la atención de salud por sus propios medios. Se refiere, además, al aporte concreto desde las personas con más recursos hacia los que tienen menos. Significa también, que los sanos solidarizan con los enfermos, los jóvenes con los ancianos y por último, los ocupados con los desocupados.

En términos generales, se puede afirmar que el derecho público asegura a sus afiliados el financiamiento y cuidado de salud para una amplia gama de prestaciones, contenidas en un listado llamado Arancel FONASA, de actualización anual, al cual año a año se le van incorporando prestaciones.

Respecto de las prestaciones comprendidas, se considera completo en término de categorías incluidas, aún cuando las prestaciones de alta tecnología que se van incorporando, se demoran en ser consideradas, especialmente porque los prestadores públicos aún no lo ofrecen.

En término de la totalidad de prestaciones incluidas o consideradas por categoría en el arancel, es más limitada, y su explicación se encuentra posiblemente en las restricciones financieras. En este sentido, se estima que el arancel es muy limitado en tratamiento odontológico; no considera yeso plástico, excluye grapas de titáneo para cirugías y otras situaciones.

En el diseño del sistema, el Derecho Público a la Salud en Chile es universal, comprensivo y parcialmente total, siendo totalmente gratuito exclusivamente para los sectores indigentes y de ingresos menores. Para todos los otros beneficiarios, existe un copago que se diferencia por situación de ingresos y por el carácter de la prestación según modalidad institucional o de libre elección.

Las características que distorsionan la naturaleza del Derecho Público son:

- Desigualdades de acceso, oportunidad, calidad y coberturas de las prestaciones de salud.
- Débil integración de la Red Asistencial, tanto dentro del sistema público, como en la complementación público – privado. El énfasis está en lo curativo.
- Déficit de acceso, cobertura y calidad.

Esta situación está presionada por situaciones tales como:

- Transición demográfica adelantada
- Transición epidemiológica
- Incremento de necesidades y expectativas de la población
- Crecimiento de la demanda por servicios sanitarios en frecuencia y en precio unitario.

Es por ello que se hizo necesario establecer garantías de acceso y oportunidad de patologías de características frecuentes, graves y alto costo, para las cuales existiera tratamiento eficaz, con capacidad de ofrecerlo en el país. Este Plan llamado AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas) busca, en medio de las restricciones financieras, asegurar la comprensión y totalidad en patologías urgentes. El desarrollo es gradual y en 2005 existen 25 patologías incorporadas, estando determinado por ley que en 2007 serán 56. Este Plan es obligatorio también para el sistema de salud privado, alternativo al público.

Anteriormente, el Derecho Público a la Salud había implementado un sistema de Seguro Catastrófico para sus Beneficiarios en el que se incluían patologías de alto costo y frecuencia, que requerían tratamiento oportuno. Gran parte de ellas fueron incluidas en el Plan AUGE, pero las que quedan siguen bajo este seguro.

2.2. Orígenes y desarrollo.

Como se explicó detalladamente en el punto 1.2.5., los orígenes y el desarrollo del Derecho Público en Salud en Chile se encuentran íntimamente relacionados a la trayectoria de la seguridad social.

En efecto, a contar de los años 70, tanto el seguro social de pensiones como el seguro social público de salud son temas controvertidos y motivo de debates y confrontaciones entre las tendencias "privatizadoras" y las "estatistas", que sostienen que los servicios públicos deben ser entregados por el sector privado o proporcionados por el Estado, respectivamente.

Los de corrientes liberales recomendaban -y recomiendan- que el Estado debía -y debe- remitirse a un rol subsidiario, limitándose a satisfacer las necesidades de los sectores con menos recursos y que no pueden acceder a los servicios que ofrece el mercado, sea éste el de la salud, educación, vivienda, previsión y otros.

De este debate se llegó al modelo actual, que en los últimos 15 años ha ido perfeccionando en busca de atender los desafíos que representa, en particular las dificultades de acceso que implican para distintos sectores de la población, ya sea a prestaciones de calidad -como en el caso del sistema público- o a prestaciones económicamente sustentables -como en el caso del sistema privado-.

En el seguro público de salud se ha avanzado -dentro de las limitaciones financieras de rigor- en esfuerzos modernizadores, buscando adecuar los gastos y diagnósticos sanitarios para potenciar los aspectos costo – efectividad de los mismos.

Por otra parte, al sistema de seguro privado de salud se han incorporado regulaciones que buscan: a) crear mayor transparencia hacia los afiliados; b) limitar el uso de factores de exclusión; y, c) establecer limitaciones en los ajustes de primas, independientes de las condiciones de salud del afiliado.

Las disposiciones legales sobre salud de 1995, 1999, 2004 y 2005 han apuntado en esa dirección.

2.3. Principios a seguir

Fundamentalmente el Derecho Público en salud busca permanente mejorar la universalidad, solidaridad, comprensión y totalidad del sistema, dentro de las limitaciones financieras en que se desenvuelve. Como consecuencia espera ofrecer a sus beneficiarios un sistema con mayor equidad.

Es el principio básico del modelo público y avanzar en ello requiere esfuerzos modernizadores que resulten en una mayor eficiencia general. En este sentido, las acciones se han enfocado a:

- Llevar una canasta de problemas sanitarios a la condición de atención garantizada, solucionando problemas de acceso, oportunidad y calidad.
- Mejorar la integración y articulación de la red asistencial, tanto en lo intra público, como en la complementación público privado.
- Reconocer la existencia de una transición demográfica en una fase avanzada, con un crecimiento acelerado del peso relativo de la tercera edad, que significará un cambio en la demanda de servicios sanitarios.
- Superar el modelo curativo de salud, para desarrollar experiencias relacionadas con lo preventivo.
- Reconocer que el crecimiento económico que experimenta el país ha modificado radicalmente en la población el comportamiento de demanda respecto de los servicios de salud, siendo entonces necesario adecuar la oferta a esos cambios, mejorando infraestructura, incorporando tecnologías y otros aspectos vinculados a este fenómeno.

2.4. Procesos económicos expansivos y recesivos

El sistema público de salud, como parte del aparato público del país, está sujeto a cambios que experimenta la economía del país. Sobre todo, si parte de su financiamiento proviene del financiamiento fiscal, vía presupuesto.

Históricamente, en situación de recesión económica, el gasto corriente se ha visto afectado en términos menores, no así la inversión, que en algunos casos se ha paralizado.

Con el establecimiento del régimen de salud con cotizaciones obligatorias por parte de los trabajadores, el sistema público de salud logró disminuir la influencia del Presupuesto fiscal en los ingresos y como consecuencia, disminuir parte del efecto de los cambios en la situación económica del país.

En la actualidad, la creación de Garantías Explícitas de Salud, le dan una cierta independencia de los procesos macroeconómicos, en primer lugar, porque el Estado está obligada a proporcionarlas y, en segundo, porque la ley dispuso de financiamiento especial.

2.5. Regulaciones de la protección financiada privadamente

Como se ha explicado anteriormente, respecto a los aseguradores privados de salud, en el sistema básico al cual pueden optar los trabajadores, existen regulaciones legales las cuales han ido perfeccionándose en el tiempo. Estas regulaciones buscan proteger a los afiliados y beneficiarios, respetando las reglas generales del mercado y la libre competencia. El organismo fiscalizador es la Superintendencia de Salud, autónomo dependiente del Ministerio de Salud.

Asimismo y como ya se señaló, los seguros complementarios de salud que ofrecen las Compañías de Seguros se rigen por las disposiciones generales de la Ley de Seguros y son fiscalizados por la Superintendencia de Valores y Seguros, dependiente del Ministerio de Economía.

3. FUENTES Y MEDIOS DE FINANCIAMIENTO

3.1. Fuentes globales

Las fuentes globales de financiamiento de la salud en Chile son básicamente tres:

- a) Aporte Público Directo, que se compone de Aporte Fiscal -proveniente del Presupuesto de la Nación, que a su vez se financia vía impuestos a la renta, a la compra de bienes y servicios, o impuestos de carácter municipal.
- b) Cotizaciones Provisionales Obligatorias, que son captadas por ley, a las cuales -para efectos de las Cuentas de Salud- se le descuentan los Subsidios por Incapacidad Laboral, comúnmente también llamado subsidio por enfermedad, y que corresponde a una prestación económica de cargo del seguro de salud que reemplaza la remuneración de un(a) trabajador(a) durante la ocurrencia de una enfermedad que justifique médicamente su ausencia al trabajo, que deben ser incluidos en otro rubro de la seguridad social. En las cotizaciones se deben incluir las cotizaciones de las empresas a las mutuales por seguro de accidentes del trabajo.
- c) Gastos de Bolsillo, en los cuales se incluyen cotizaciones voluntarias a Isapres, copagos de prestaciones, copagos en medicamentos y otras partidas de gasto directo que financian las personas.

Según la Cuentas Nacionales de Salud del año 2003 -que se muestra en el Cuadro N° 16-, el Aporte Público Directo ese año 2003 alcanzó a US\$ 1.165 millones de pesos, representando un 28,8%.

Las Cotizaciones Provisionales Obligatorias sumaron ese mismo año a US\$ 1.546 millones de dólares, con un 38,3% de participación en el total que representan las fuentes.

A su vez, los Gastos de Bolsillo representaron US\$ 1.333 millones con un 32,9% del gasto total en salud.

La suma de las tres fuentes principales de financiamiento del gasto en salud en Chile alcanza en el 2003, según las Cuentas de Salud de Chile, a US\$ 4.044 millones, equivalentes al 5,6% del PIB.

3.1.1. Fuentes del Asegurador Público

El total de recursos captados por el asegurador público, FONASA, que incluyen el Aporte Público Directo y las Cotizaciones Obligatorias de los afiliados, alcanzaron en total a US\$ 1.870 millones, representando el 67,3% del total de recursos destinados al Seguro Básico.

En 2003, el número de beneficiarios del sistema alcanzó a 10.156.364 (65,6% de la población), por lo que el aporte anual promedio por cada beneficiario alcanzó a US\$ 184, de los cuales un promedio per cápita de US\$ 115 correspondió a Aporte Fiscal; mientras que US\$ 69 corresponde a cotizaciones de trabajadores. Debe hacerse notar que, en el número de beneficiarios, se incluye la población indigente y sin ingresos que el seguro público debe cubrir y que justifica en parte el aporte fiscal.

En la década de los 90, el Aporte Público se incrementó en un 222%, en una época que el PIB creció en alrededor de un 100%.

Por su parte, desde 2000 al 2003, el Aporte Público se ha incrementado en 32% en términos reales.

3.1.2. Fuentes del Asegurador Privado

Los recursos captados por los aseguradores privados -Isapres- que incluyen las cotizaciones obligatorias y voluntarias de los afiliados, alcanzaron a US\$ 907 millones, representando un 32,7% del total de recursos destinados al seguro básico.

El número de beneficiarios al sistema en 2003 fue de 2.910.788 personas (18,8% de la población), por lo que el aporte anual promedio por cada beneficiario alcanzó a US\$ 311,6.

Cuadro Nº 15

CUENTAS NACIONALES DE SALUD 2003										
(millones de pesos corrientes)										
FINANCIAMIENTO										
SECTOR PUBLICO					SECTOR PRIVADO					
PRESTADORES	DIRECTO		COTIZACIONES OBLIGATORIAS			GASTOS DE BOLSILLO				TOTAL
	Aporte fiscal	Ap municipal	Fonasa	Mutuales	Isapres	Cotizacion voluntaria Isapres	copagos prestaciones	copagos en medicam.	otros directo	
PUBLICO	544778	44051	350766	3638	16415	5311	0	0	73018	1037977
Establecimientos SNSS	455545		339100						65697	860342
APS Municipal		44051								44051
ISP	3072		199						4177	7448
Hospitales FFAA y Orden	82564									82564
Hosp J Aguirre	3597		11467	3638	16415	5311			3144	43572
PRIVADO	0	0	119762	116494	343742	147484	265895	0	32539	1025916
Hosp, Clínicasy Profesionales			119762		343742	147484	265895		32539	909422
Mutuales				116494						116494
ADMINISTRACION	0	0	16494	15835	76575	32506	0	0	0	141410
Fonasa			16494							16494
Isapres					76575	32506				109081
Mutuales				15835						15835
AUTORIDAD SANITARIA	115816									115816
FARMACIA	101009	0					0	363296	0	464305
Gasto público	101009									101009
Gasto privado								363296		363296
NO ASIGNADOS				5446	3777	1603				10826
TOTAL	761603	44051	487022	141413	440509	186904	265895	363296	105557	2796250
Gasto 2003/2002= 5,1%									USD Mill=	4044
									salud/PIB	5,61%
Fuente: Urriola 2004	27,2%	1,6%	17,4%	5,1%	15,8%	6,7%	9,5%	13,0%	3,8%	100,0%

Fuente: R. Urriola, Cuentas de Salud de Chile, 2004

3.1.3. Fuentes del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Por otra parte, las Mutuales de Empleadores recibieron en 2003 ingresos equivalentes a US\$ 204,5 millones, provenientes en su totalidad de cotizaciones obligatorias de los empleadores.

3.2. Evolución del Sistema Financiero

Hasta comienzos de los años 80, el financiamiento del seguro público de salud en Chile era tripartito, con aportes en diferentes proporciones tanto de empleadores, como de los trabajadores y el Estado, según fuera la condición del trabajador y del empleador. Es decir, las proporciones eran distintas si se trataba de un obrero o un empleado y a su vez, también era distinta si se trataba de un trabajador del sector público o privado o fuerzas armadas o instituciones mixtas o con régimen o leyes especiales.

Los gastos de bolsillo que se debían efectuar eran también diferentes, según la previsión de la persona o según la decisión de compra de salud que tomara. Por esta razón existían los Bienestares de Salud en las instituciones de tamaño mediano y grande, tanto públicas como privadas.

Como se dijo anteriormente, estos bienestares eran financiados en diferentes proporciones entre empleadores y trabajadores y sus objetivos apuntaban especialmente en tres sentidos: a) Efectuar convenios con prestadores; b) financiar parte del copago; y, c) efectuar préstamos para financiar copago a sus afiliados.

En la legislación en salud que se dicta en los años 1979, 1980 y 1981, en Leyes y en la Constitución Política, se consagran varios hechos en relación al financiamiento:

- a) Se establece el derecho de los ciudadanos a optar por su asegurador de salud entre el sector público y privado.
- b) Se establece por Ley una cotización obligatoria de salud que efectúa el trabajador, quién es el sujeto que debe financiar en términos individuales sus seguros previsionales.
- c) Se autoriza el funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional, Isapres, las cuales pueden captar la cotización obligatoria de salud.
- d) Desaparece legalmente la contribución legal y obligatoria de los empleadores para salud de sus trabajadores y, en general, para todos los seguros previsionales, salvo los relacionados con accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- e) El Estado adopta un rol subsidiario respecto de los seguros previsionales, enfocando su accionar preferentemente a la población más desposeída.

Desde comienzo de los años 80, desaparece la participación de los empleadores en términos obligatorios en la salud de los trabajadores el cual se mantiene hasta la actualidad, no constituyendo fuente de financiamiento.

El Estado durante los años 80 comienza a adoptar un rol subsidiario en relación a la salud, el cual es dejado de lado por los gobiernos de los años 90 que buscan devolverle un rol activo tanto en aspecto de sanidad general, como en términos de solidaridad y redistribución de excedentes del progreso económico que el país experimenta desde esos años. Eso explica el alto crecimiento en la década de los noventa y de los primeros años del siglo 21.

Respecto de los Bienestares de Salud, estos subsisten en el tiempo, pero en muchas empresas tanto públicas como privadas han ido perdiendo importancia, debido principalmente a lo siguiente:

- a) Aumento del personal con contrato por honorarios, principalmente en las instituciones públicas, y que, por lo tanto, no conforman la planta de personal, quedando, en la gran mayoría de los casos, sin derecho a integrar los Bienestares.
- b) La externalización de funciones y los subcontratos en el sector privado, que causan el mismo efecto anterior.

3.3. Principios a seguir

3.3.1. Sector público

En el sector público, el financiamiento se enfoca a servir a los beneficiarios, dándoles respaldo financiero ante sus problemas de salud, procurando al mismo tiempo darles acceso a las prestaciones en términos de oportunidad y de calidad.

Los principios de equidad y solidaridad influyen en el marco legal y operativo.

También se busca observar como principio base, el buen uso de los recursos con que cuenta el asegurador público. Esto constituye un proceso y las últimas reformas al sector salud impulsadas en 1999, 2004 y, especialmente en el 2005, apuntan en esa dirección, reorganizando la Autoridad Sanitaria y estableciendo nuevas estructuras y mecanismos de control de la gestión y de protección de los derechos de los funcionarios.

En términos del administrador del seguro público, FONASA, la función de compra de prestaciones ha adquirido una especial atención, como una forma de hacer más efectivo y eficientes los recursos con que se cuentan, por una parte, y mejorar el acceso de los beneficiarios por otra.

El riesgo conjunto con prestadores, es un tema que esta en una etapa de prueba, con planes pilotos, a nivel de algunos consultorio de atención primaria a cargo de

Municipalidades, mediante acuerdos de pago per capita por una población determinada.

3.3.2. Sector Privado

Los aseguradores privados de salud, Isapres, se rigen por las leyes del mercado y la lógica de los negocios. El principio que inspira su accionar es el de la equivalencia.

En este sentido buscan:

- a) Disminuir riesgos. Y,
- b) Establecer sistemas de control de costos, especialmente en sistemas de compra de prestaciones, integración de redes de prestadores reales y virtuales y sistema de contraloría médica.

La legislación ha ido estableciendo regulaciones destinado a evitar abusos que se pudieran cometer.

3.4. Grado de Identificación

Sin duda, puede afirmarse que el sistema de salud que existe en Chile está totalmente asumido por la población, tanto en el régimen público representado por FONASA, como el privado de las Isapres. Ambos son conocidos y el perfil de cada sistema es claro en los beneficiarios que atiende.

Este hecho no implica que sean conocidas las asimetrías en la información respecto de los planes de salud y de los derechos de los afiliados y beneficiarios.

En efecto, los beneficiarios del sistema público, en general desconocen sus derechos, existiendo un déficit de información, educación y asesoría, tanto para acceder al sistema, como para hacer uso de medidas sanitarias disponibles para poblaciones en riesgo. Es parte de las tareas pendientes.

Por su parte, el sistema privado -con sus 16.000 planes- hace que sus beneficiarios conozcan los beneficios generales que se ofrecen, prestadores preferenciales de libre elección ambulatorios y hospitalarios y características generales, pero en general también desconocen coberturas y restricciones de sus planes. Este hecho constituye la fuente mayor de reclamos e insatisfacciones.

Independientemente de los déficit de información y de las inequidades que el sistema en sí significa, después de 22 años de funcionamiento es considerado como un sistema aceptado y consolidado por toda la población.

3.5. Proceso Presupuestario

3.5.1. Establecimiento de la estructura del gasto público

Con las últimas reformas, el asegurador público enfrenta un proceso de transición respecto del financiamiento, ya que debe avanzar desde un sistema de Presupuestos Históricos hacia un sistema de Compra Estratégica, que asegure una mayor equidad, eficiencia y control de costos.

La forma en que se ha buscado avanzar hacia un nuevo esquema dice relación con: a) cómo crear una secuencia lógica de intermediación financiera; b) cómo lograr una adecuada asignación presupuestaria; y, c), finalmente, cómo desembocar en un correcto proceso de administración de las atenciones de salud.

En términos de intermediación financiera, el Presupuesto Sectorial debe dar origen a una Planificación Presupuestaria, en la cual se realiza una macro asignación de recursos, en un marco que busque una mayor equidad en el sistema público de salud. De la macro asignación se busca ir a una asignación específica de estos recursos, incluyendo el establecimiento de los mecanismos de pago, para finalmente establecer los mecanismos de compra, que aseguren un uso eficiente de los recursos y faciliten el control.

El mecanismo de asignación Presupuestaria está relacionado con el proceso mismo de compra a prestadores y en esto se va desde formas del presupuesto histórico, mecanismo de transferencias tradicionales, remuneraciones y operación general, a compras especializadas como Pago asociado a Diagnóstico, PAD: Pago por Población Inscrita o per cápita o Pago por Prestación.

Tanto en el PAD, como en el Pago por Prestación, la compra puede ser a Prestadores Institucionales Públicos o Prestadores Privados.

FONASA es la institución que reúne las funciones de Intermediación Financiera del sector salud y más recientemente las de Asegurador Público, en el sentido amplio y moderno.

3.5.2. Regulación del Gasto Privado en Salud

No existen regulaciones más allá de las que regulan la actividad privada en el país, y el manejo de los recursos del sector privado se efectúa bajo los parámetros en que funciona dicha actividad.

Para funcionar, cada institución del sistema privado debe constituir importantes garantías monetarias, las cuales, en caso que la falencia financiera permite, en primer lugar, resguardar los intereses de los beneficiarios; y, de los proveedores, en segundo.

En otras palabras, el único mecanismo de regulación que ejercen las aseguradoras está determinado por los copagos, que en el caso de las prestaciones cubiertas, según algunos estudios alcanzan a más del 30%. También hay una regulación por la vía de la autoexclusión en las patologías no cubiertas por los seguros privados.

3.6. Financiamiento y pago de las inversiones

La Inversión en salud resulta un aspecto fundamental dentro de los planes de desarrollo del sector. Este concepto incluye tanto inversiones en Recursos Humanos, Tecnología Médica, de Apoyo a la gestión (computadoras y sistemas) como en Infraestructura, sector este último que resulta ser uno de los sectores gravitantes en el desarrollo socio-económico del país. Este sector tiene una alta contribución en la inversión, el empleo, en la calidad de vida y en las posibilidades de crecimiento.

En cuanto a las inversiones en el sector salud chileno, se pueden distinguir, claramente, dos esquemas de análisis, evaluación y realización de las inversiones, dependiendo del área -pública o privada- que respalda dicha toma de decisiones.

Las inversiones del sector privado, dependiendo si se tratan de aquellas relacionadas con el sistema de salud común -que excluye la atención que requieren los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y que cuentan con su propio régimen de protección- se establecen con base en criterios estrictamente financieros y de rentabilidad económica, al ser canalizadas las inversiones, fundamentalmente, a través de empresas con lucro.

En el caso del sector público, las inversiones se manejan bajo criterios de planificación que establecen normas de gestión que aplica el Ministerio de Planificación Nacional MIDEPLAN, cartera que centraliza todo el proceso de estudio, para su correspondiente coordinación con la cartera de Hacienda, que es la que asigna los recursos.

Hasta la fecha, todas las inversiones del sector salud pública se financian con recursos que asigna el presupuesto nacional, dependiendo de la prioridad que se haya definido por la autoridad. Aunque se estudian fórmulas para que el sector privado participe en el financiamiento de inversiones en salud pública, aún no se ha decidido nada al respecto, existiendo este punto como proyecto.

Las inversiones del sector público de salud, se pueden clasificar en seis subsectores que demandan recursos, a saber:

- **Subsector Intersubsectorial Salud:** Canaliza toda aquella asignación de recursos que afectan a más de un subsector dentro del sector salud, como por ejemplo, el análisis de cobertura regional de los programas de salud; Cctastro de la infraestructura de salud y otros.

- **Subsector Administración Sectorial y Servicios Generales Salud :** Corresponde a toda aquella asignación de recursos tendiente a mejorar la administración del sector, tales como: Edificaciones y equipamiento de oficinas para administrar el sector; Estudios de racionalización administrativa, de financiamiento del sistema salud; Programas de capacitación a funcionarios del sector; Se excluirá de este subsector aquellas inversiones en oficinas, equipamiento, y vivienda que se relacionan con aquellos establecimientos específicos de atención de salud (postas, consultorios y hospitales).
- **Subsector Baja Complejidad (Nivel Primario) :** Corresponde a toda aquella asignación de recursos destinada al fomento y protección de la salud de las personas. En el campo de la recuperación, incluye aquellas asignaciones de recursos destinadas a la atención de salud, tanto abierta como cerrada, que se efectúa en establecimientos de máxima cobertura y mínima complejidad, tales como: Inversiones en infraestructura de: postas rurales, consultorios generales urbanos, consultorios generales rurales, hospitales tipo 4; Viviendas para personal médico, paramédico y administrativo que preste servicios en establecimientos de este nivel; Equipamiento tanto médico como no médico para establecimientos de este nivel, como por ejemplo: grupo electrógeno, equipos dentales, equipos de radiocomunicaciones, vehículos, etc.; Estudios básicos sobre la atención de salud en este nivel ; Programa de fomento y control de salud a adultos, niños y ancianos; Programas de prevención y control de desnutrición, alcoholismo, drogadicción, enfermedades.
- **Subsector Media Complejidad (Nivel Secundario):** Corresponde a toda aquella asignación de recursos destinada a solucionar problemas de complejidad y frecuencia intermedia, que deben ser resueltos con atención ambulatoria o en servicios de hospitalización, tales como: Inversiones en infraestructura de consultorio de especialidades básicas y algunas médico-quirúrgicas de mayor frecuencia y complejidad media, hospitales, tipo 2 y 3; Equipamiento tanto para establecimientos médicos como no médico; por ejemplo: equipos médicos, vehículos, grupos electrógenos, detectores de incendio, etc.; Estudios básicos sobre la atención de salud en este nivel.
- **Subsector Alta Complejidad (Nivel Terciario):** En este subsector se considera toda aquella asignación de recursos, destinada a solucionar problemas de la más alta especialización y complejidad y de baja frecuencia, relativos a la recuperación de la salud y rehabilitación física, que deben ser resueltos con atención ambulatoria o en servicios de hospitalización, tales como: Inversiones en infraestructura de: consultorio de especialidades médico-quirúrgicas de alta complejidad y baja frecuencia, hospitales tipo 1; Equipamiento, tanto médico como no médico para establecimientos de este nivel de atención; Estudios básicos sobre atención de salud.

- **Subsector Capacitación Salud:** Finalmente, en este subsector se canaliza toda aquella inversión en recursos humanos, excluidos funcionarios públicos del propio sector, tendiente a mejorar el nivel de conocimiento de los recursos del sector, ejemplo: Campaña alimentación a embarazadas; Capacitación a adolescentes para prevenir el embarazo.

4. ASIGNACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y ORGANIZACIÓN DEL CONSUMO DE PRESTACIONES

Como se ha descrito anteriormente, tanto el administrador del seguro público como los administradores privados, asignan, administran y organizan el consumo de prestaciones.

FONASA -como asegurador público- es el comprador y controlador de las prestaciones para sus beneficiarios, salvo las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades y su control, que están a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública.

Dada la estructura del Sistema Previsional de Salud de Chile, en que en el asegurador público se concentra la población con menos recursos y mayores riesgos y en los aseguradores privados la de mayores recursos, la presencia de aseguradores complementarios y suplementarios se concentra -como es de suponer- en beneficiarios del sistema privado.

Los beneficiarios de FONASA, en general, no están en condiciones económicas de adquirir seguros complementarios o suplementarios de salud, o no son sujetos de ellos por su condición de salud y edad. Por esta razón, los peligros respecto a “sobre uso” de prestaciones son menores.

Sin embargo, los miembros de Bienestares de Salud podrían tener una mayor presencia en los beneficiarios de FONASA, pero tampoco significan peligros de sobre uso, debido a que han derivado fundamentalmente a ayudar en aquellas prestaciones que el seguro básico no cubre totalmente o ampliamente, como odontología y medicamentos.

En el caso del asegurador público FONASA, la administración de compras de prestaciones, de su consumo y de calidad de ellas, las efectúa directamente y con apoyo de los Servicios de Salud, cuando se trata de Prestadores de Privados.

Para los beneficiarios del sistema público que optan por atenderse bajo la Modalidad de Libre Elección (MLE) con prestadores privados o en establecimientos privados fuera de convenio, el regulador del consumo es el copago. En la MLE, FONASA emite bonos de atención en base al arancel público y de éste el beneficiario debe cancelar de su bolsillo el 50%. En caso de prestadores en convenio, ellos cobran el valor del arancel público convenido por prestación, pero en el caso de prestadores fuera de convenio, cobran el arancel del mercado privado, debiendo asumir el beneficiario la diferencia de su bolsillo.

Los beneficiarios del sistema privado de seguro previsional de salud, en general también son sujetos de seguros complementarios de salud, los cuales se enfocan principalmente a financiamiento parcial de copagos ambulatorios y hospitalarios, medicamentos y otras prestaciones, tales como algunas prestaciones odontológicas y también seguros catastróficos.

Operativamente, el seguro previsional privado establece el plan de cada afiliado en función del riesgo del grupo legal del que asume la cobertura, plan que contiene coberturas, topes y exclusiones. Adicionalmente, incluye una cobertura extra, que en la práctica corresponde a un seguro complementario del plan base.

Junto a ello, las Isapres tienen ampliamente desarrollada las funciones de compra y contraloría médica, todo lo cual hace que el impacto del seguro complementario privado sea mínimo respecto del asegurador privado previsional.

En Chile no aparecen, al margen de los aseguradores previsionales, instituciones administradoras y organizadoras del consumo de prestaciones.

5. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD PÚBLICA

5.1. Naturaleza de la actividad

El Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Salud, es responsable de las actividades de Promoción de la Salud y de Prevención de Enfermedades.

La Promoción de la Salud esta planteada como una de las respuestas a las necesidades de la población y a las demandas del actual perfil epidemiológico social del país. Para ello, a partir de 1998 en forma participativa ha puesto en marcha un Plan Nacional, mediante un modelo de gestión descentralizado e intersectorial, basado en la participación social y en el fortalecimiento de los Gobiernos Regionales y Locales.

5.1.1. Plan Nacional de Promoción de Salud

5.1.1.1. Objetivos del Plan Nacional de Promoción de Salud

El Plan Nacional de Promoción de Salud en Chile se plantea las siguientes finalidades:

- Detener la explosión de los factores de riesgo
- Desarrollar los factores protectores de la salud de carácter psicosocial y ambiental
- Fortalecer los procesos participación ciudadana y consolidación de redes sociales
- Reforzar el rol regulador del Estado sobre los condicionantes de la salud
- Aportar a una nueva política pública de salud y calidad de vida.

5.1.1.2. Prioridades y Metas del Plan de Promoción de Salud

El Ministerio de Salud ha formulado prioridades sanitarias y condicionantes de salud a intervenir desde la promoción, comprometiéndose en noviembre del año 2000 con metas de impacto sobre los condicionantes de la salud -relacionadas con la alimentación, actividad física y tabaco- y los factores protectores psicosociales y ambientales de la salud. Cabe mencionar que estas metas intersectoriales han sido incorporadas por el Ministerio de Salud, MINSAL, los objetivos sanitarios de la Reforma de Salud y constituyen las metas concretas para el año 2010 del Plan Nacional de Promoción de la Salud, que son básicamente las siguientes:

- Obesidad / Alimentación: Disminuir la prevalencia de obesidad en preescolares de un 10% en 2000 a un 7% en 2010.
- Obesidad / Alimentación: Disminuir la prevalencia de obesidad en escolares de 1º Básico de un 16% a un 12%.

- **Obesidad / Alimentación:** Disminuir la prevalencia de obesidad en embarazadas de un 32% a un 28%.
- **Sedentarismo / Actividad Física:** Disminuir la prevalencia de sedentarismo en la población mayor de 15 años de un 91% a un 84%.
- **Tabaquismo:** Disminuir la prevalencia de tabaquismo en escolares de 8º Básico de un 27% a un 20%.
- **Tabaquismo:** Disminuir la prevalencia de tabaquismo en mujeres en edad fértil de un 45% a un 40%.
- **Tabaquismo:** Disminuir la prevalencia de tabaquismo en la población general de un 40% a un 30%.
- **Participación Asociativa:** Aumentar la participación ciudadana en organizaciones sociales de salud de un 4% a un 10%.
- **Espacios Saludables:** Recuperar lugares públicos para la vida saludable a nivel comunal en un 100% de las comunas.
- **Espacios Saludables:** Acreditar el 50% de los Establecimientos Educativos de Educación básica y media, como Promotores de Salud.
- **Espacios Saludables:** Acreditar lugares de Trabajo Saludable en 100 empresas.

5.1.1.3. Estrategias de Promoción de la Salud

Para trabajar en la dirección de las metas establecidas, se han formulado y puesto en marcha un conjunto de estrategias, que combinan responsabilidades de los diferentes sectores y niveles de gestión de la política pública.

Cuadro Nº 16
Estrategias de Promoción de la Salud

Prioridades Sanitarias	Condicionantes de la Salud	Estrategias
Cardiovasculares	Alimentación	Nacionales: <ul style="list-style-type: none"> • Regulación • Comunicación • Educación • Participación • Reorientación Servicios de Salud Temáticas <ul style="list-style-type: none"> • Tabaquismo • Obesidad • Sedentarismo • Psicosocial • Ambiente Locales: <ul style="list-style-type: none"> • Espacios Saludables • Establecimientos de Educación • Lugares de Trabajo • Comunas, comunidades.
Salud Mental	Actividad Física	
Accidentes	Tabaco	
Cáncer	Factores Protectores Psicosociales Factores Protectores Ambientales	

Fuente: Ministerio de Salud, Plan Nacional de Promoción de Salud

De acuerdo a lo señalado en el Cuadro N° 16, las estrategias se están implementando desde los distintos niveles, distinguiéndose tanto estrategias a nivel nacional como local y específicas para los temas que abarcan los cinco condicionantes priorizados por el Plan Nacional de Promoción..

Estrategias de Acción Nacional

La acción a nivel nacional para llevar adelante el Plan Nacional de Salud ha considerado los siguientes elementos estratégicos como básicos:

- a) Legislación
- b) Comunicación Social
- c) Desarrollo de Recursos Humanos
- d) Participación Social
- e) Estudios

Estrategias de Acción Local

En la acción local se han priorizado intersectorialmente programas que combinen difusión en establecimientos de educación, lugares de trabajo y comunas, sin perjuicio que también se desarrollen acciones sostenidas en centros de salud y hogares.

- a) Establecimientos de Educación Promotores de la Salud
- b) Lugares de Trabajo Saludables
- c) Comunas y Comunidades Saludables: Planes Comunales y Comités Vida Chile

Estrategias Temáticas

El Ministerio de Salud ha planificado un conjunto de acciones e intervenciones tendientes a modificar los condicionantes. En resumen las acciones realizadas se presenta a continuación:

a) Tabaquismo:

- Campañas comunicacionales y programas educativos para cambiar la valoración social del hábito de fumar.
- Concursos a nivel escolar.
- Programa Ambientes Libres del Humo de Tabaco, con acciones en los hospitales y consultorios, establecimientos de educación, instituciones públicas y privadas, centros laborales, municipios dejar de fumar, mediante consejería, tratamiento individual o talleres grupales para la cesación.
- Mejoramiento de la legislación actual, aumentando y haciendo más estrictas las regulaciones a la publicidad del tabaco., lugares de atención al público y hogares.

- Realización de intervenciones para prevenir el consumo de tabaco en grupos de alto riesgo y atender a quienes desean

b) Obesidad:

- Campañas comunicacionales y programas educativos destinados a cambiar conductas en alimentación y nutrición de la población.
- Reformulación de los programas alimentarios nutricionales que fueron diseñados para la desnutrición, readecuándolos a la actual situación de nutrición del país.
- En la atención primaria de salud, realizar intervenciones educativas para prevenir la obesidad en grupos específicos, como son los niños y embarazadas.
- En el campo de las políticas públicas para consumo de alimentos sanos, incentivar la producción, comercialización y consumo de verduras, legumbres, frutas y pescado, así como también de alimentos lácteos sin grasa y aceites vegetales.

c) Sedentarismo:

- Campañas comunicacionales en el marco de las recomendaciones de OPS/OMS.
- Difundir las Guías para una Vida Activa con los mensajes básicos y recomendaciones para la población general del país.
- Programas educativos a nivel municipal destinados al fomento de una Vida Activa, aumentando la oferta de servicios y programas de actividad física recreativa y saludable.
- Incorporar en las Política de Desarrollo Urbano la construcción de parques y áreas verdes, equipamiento comunitario, ciclovías y recintos deportivos para el uso de espacios públicos para la convivencia, recreación, vida activa y deportes.

d) Área psicosocial

- Incorporación a nivel municipal, en la formulación e implementación de los Planes Comunales de Salud a las organizaciones sociales y otros actores locales.
- Realizar diversas actividades comunitarias como diálogos ciudadanos, encuentros de organizaciones, actividades masivas, actividades educativas. Intervenciones psicosociales en Centros de Salud. Realizar talleres, formación y capacitación de organizaciones tales como ecoclubes y brigadas ecológicas, reciclaje, construcción de áreas verdes y huertos.
- Campañas comunicacionales.

5.1.2. Prevención de Enfermedades

El Ministerio de Salud desarrolla en forma permanente un amplio Plan de Vacunación destinado a controlar, eliminar y erradicar enfermedades prevenibles por vacunas. Este plan conocido como PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) esta inserto en una acción conjunta de las naciones del mundo, la OMS y OPS, en la cual Chile está suscrito.

El PAI esta dirigido especialmente a niños y en algunas vacunas a la tercera edad, siendo obligatorio y gratuito para toda la población objetivo, constituyendo un derecho garantizado por el Estado.

Las enfermedades objeto del programa son:

- Sarampión
- Tos Convulsiva
- Poliomieltis paralítica
- Tuberculosis
- Tétano
- Difteria
- Rubéola
- Parotiditis
- Enfermedades invasivas producidas por Haemophilus influenza de tipo b.

5.2. Financiamiento

Las acciones anteriormente descritas son financiadas con el Presupuesto Fiscal, asignado al Ministerio de Salud.

5.3. Examen de Medicina Preventiva

Los aseguradores público y privados, están obligados por ley a proporcionar sin costo a todos sus beneficiarios un examen preventivo anual. Los beneficiarios del sistema público pueden solicitar este examen en el Servicio de Salud correspondiente al lugar de trabajo o domicilio; y los de Isapre, podrán ser efectuados en el establecimiento que la Isapre indique.

El examen preventivo se realiza para pesquisar oportunamente las siguientes enfermedades:

- Tuberculosis
- Enfermedades de transmisión sexual
- Glaucoma
- Cáncer
- Diabetes
- Cardiopatías
- Hipertensión
- Insuficiencia renal crónica
- Demás enfermedades que determine el Ministerio de Salud.

6. PROVISIÓN DE PRESTACIONES AMBULATORIAS

En términos de atención primaria y secundaria, existe una oferta pública de atención institucional y una oferta privada, con distintas formas de organización, que van desde una consulta privada de un solo profesional, hasta redes nacionales de centros de diagnósticos, en algunos centros incluso, con servicios de cirugía mayor ambulatoria.

6.1. Estructura Institucional

6.1.1. Estructura Institucional Pública

Según la ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión, el Ministerio de Salud Pública para el cumplimiento de sus funciones está integrado por el Ministro; la Subsecretaría de Redes Asistenciales; la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales.

La Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles. Para cumplir con estas tareas la Subsecretaría de Redes propone al Ministro políticas, normas, planes y programas. Posteriormente debe preocuparse de su cumplimiento y coordina la ejecución por los Servicios de Salud y Establecimientos de Salud de Carácter Experimental.

El Subsecretario de Redes será el superior jerárquico de las Secretarías Regionales, en las materias de su competencia y de las unidades administrativas correspondientes.

Dada la estructura geográfica de Chile, la administración pública de la salud y de las prestaciones de salud se efectúa en forma descentralizada en términos administrativos por Regiones a través de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI de Salud), cuyas funciones entre otras serán en general velar por el cumplimiento de las políticas, planes y programas de salud ya sea a través de la Red Pública de los Servicios de Salud o de aquellas acciones contratadas con prestadores privados; fiscalizar las acciones de salud efectuadas por el Servicio de Salud Regional o prestadores privados, y aquellas relacionadas con el medio ambiente.

La red de prestaciones públicas de salud en Chile es manejada en forma autónoma en cada región por un Servicio de Salud, cuya red asistencial esta constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud.

A nivel país, los Servicios de Salud, en términos de servicios ambulatorios, cuentan con 824 consultorios públicos en el país, incluidos los municipalizados y 1.165 postas.

Los 824 consultorios públicos se distribuyen, en función de su carácter, de la siguiente forma:

• Consultorios Adosados de Especialidades	56
• Consultorios Adosados de Atención Primaria	122
• Centros de Diagnóstico y Tratamiento	6
• Centros de Referencia de Salud	5
• Centros de Salud Familiar	67
• Consultorios Generales Urbanos	263
• Consultorios Generales Rurales	153
• Servicios de Atención Primaria de Urgencia	118
• Consultorios de Salud Mental	34

Estos Establecimientos proporcionaron en 36.542.550 atenciones médicas, en relación a las 21.602.016 atenciones efectuadas en 1990, lo que significa un incremento de un 69,2% en 12 años. La población en el mismo período creció en un 15,3%. La distribución de las atenciones ambulatorias comparativamente entre 1990 y 2002 es la siguiente, miles de personas:

	1990	2002
• Niños	6.203	6.020
• Adolescentes	-	2.681
• Adultos	7.777	10.344
• Adulto Mayor	-	3.521
• De la Mujer	1.135	1.234
• Urgencias	6.487	12.743
Total	21.602	36.543

A contar de 1995, las estadísticas del Ministerio de Salud se entregan con un mayor grado de detalle, dado que hasta 1990 eran pobres o casi inexistentes datos de adulto mayor y adolescentes.

Todos estos establecimientos, más aquellos, tanto públicos o privados, que tengan convenios con FONASA o con el Servicio de Salud, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, así como de servicios brindados y calidad de éstos. Cada Servicio de Salud supervisará y coordinará estos establecimientos en su territorio.

Así mismo, todos los establecimientos de atención primaria deberán cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en cuanto a recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberá mantener.

Los beneficiarios del sistema público de salud, especialmente los de categoría **A** y **B** deben inscribirse en el establecimiento de salud primaria en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento es el que les presta las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud.

Los otros establecimientos que ejercen en el mismo territorio y que poseen mayores niveles de complejidad sólo reciben derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo casos de urgencias y otros señalados por ley.

6.1.2. Estructura Institucional Privada

Sólo a contar de 2005 es obligatorio para todos los prestadores de salud, tanto públicos como privados, acreditarse como prestadores de salud en la Superintendencia de Salud, dependiente del ministerio de Salud. Por lo tanto no existe información oficial y tampoco extraoficial al respecto.

La Superintendencia de Salud, a través de la Intendencia de Prestadores, respecto de todos los prestadores debe mantener un registro actualizado de prestadores individuales e institucionales y administra el sistema de acreditación de la calidad de los prestadores institucionales.

A contar del establecimiento del sistema de seguro básico de salud privado, los prestadores privados en Chile han tenido un importante desarrollo el cual se puede caracterizar en:

- Agrupamiento de varios prestadores en Centros de Atención, algunos multi especialidades y otros de especialidades.
- Mejoramiento de las facilidades físicas y tecnológicas.
- Manejo de convenios con Isapres y FONASA, con aranceles conocidos.

Las consultas médicas individuales han tendido a disminuir, y muchas de ellas funcionan en edificios ad hoc.

En término de redes privadas de atención primaria y secundaria de alcance nacional, en los últimos 10 años han aparecido dos de importancia.

Una de ellas, Megasalud, la de mayor tamaño, comparte propietario con una Isapre, de las más importantes, con 650.000 beneficiarios. Esta red se encuentra en todas las regiones del país con 28 Centros Médicos Dentales y en él trabajan 2.000 médicos y 800 odontólogos, con diferentes horarios, que van desde media jornada (4 horas) a la semana, hasta 5 medias jornadas semanales. Es una red abierta que ofrece sus servicios a todo el sistema público y privado, habiendo dejado de ser funcional a la Isapre del grupo a comienzo de los años 2000.

Esta red está relacionada también, en términos de propiedad con establecimientos hospitalarios de mediana y alta complejidad, como también con una red de Clínicas de Cirugía Mayor Ambulatoria.

La segunda red en importancia es independiente, con 14 Centros médico dentales, en su mayoría en la Región Metropolitana y sólo dos de ellos en regiones los cuales son de reciente operación. Posee convenios con Isapres y FONASA y en algunos Centros Médico – Dentales, tiene adosado Clínicas de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Ambas redes han enfocado su acción a sectores C1, C2 y C3 y eventualmente a la parte superior del D(sectores medios y medios bajos).

También, en los últimos 5 años han aparecido en Chile Centros de Diagnósticos Médicos, algunos con Cirugía Ambulatoria, adosados a grandes Centros Comerciales o Malls. Alguno de ellos pertenecientes a la segunda red mencionada y otros de carácter independiente, relacionados o no con alguna Isapre.

Sin embargo, es necesario aclarar que esta descripción es aún elemental, por falta de información formal y porque el nuevo esquema de prestaciones privadas está aún en formación.

6.3. Consideraciones Generales

- a) En Chile no existe un sistema comunitario de prestaciones: o son de carácter público, con administración pública, o son de carácter privado, con administración privada.

Debe tenerse en cuenta también, que a diferencia de los países desarrollados, en Chile las organizaciones de consumidores existen en forma incipiente, con una protección legal muy baja, que sólo en algunos casos permite la agrupación de demandas en una sola. En salud, las reclamaciones al seguro privado son individuales y en los hechos no existe una organización de afiliados o asegurados del sistema privado con algún peso.

Las organizaciones sindicales, a nivel nacional, tienen baja presencia y su importancia como fuerza de presión -o negociadora- ha perdido peso. Todo esto crea un clima no factible para organización de entidades comunitarias en el ámbito de la administración de salud.

- b) Por otra parte, la geografía de Chile, con una longitud de 4.300 Km. y un ancho medio fluctuante entre los 100 y 200 Km. ha obligado en término de salud pública y prestaciones públicas de salud a manejar una oferta descentralizada, con niveles de resolución de complejidad media y alta, con claras líneas de derivación de casos.

Al modernizarse los sistemas y estando históricamente descentralizadas las decisiones, el sector salud ha avanzado aún más en este proceso de descentralización de las decisiones, ejecución, control y fiscalización, de modo de hacerlas más oportunas y de acercar las soluciones a las realidades de cada región. La ley de Autoridad Sanitaria de 2004 constituye un avance en este tema y delega en los Servicios de Salud el carácter fiscalizador de los prestadores tanto públicos, como privados, con contratos con el sector público.

- c) El control de calidad de las prestaciones, en el sistema público lo efectúan los Servicios de Salud y FONASA preferentemente.

En el sistema privado, gran parte de las aseguradoras privadas de salud cuentan con unidades de Contraloría Médica encargadas de revisar procedimientos, protocolos de atención y licencias otorgadas por prestadores de modo de evitar abusos y/o sobre atención o derivaciones o exámenes exagerados. Esta función busca no sólo proteger al afiliado, sino que básicamente evitar el sobre gasto en salud de sus afiliados.

7. PROVISIÓN DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS

En términos de Prestaciones Hospitalarias, tanto el sector público como el privado presentan una amplia oferta, con variados niveles de complejidad, la cual se distribuye a lo largo del país.

7.1. Estructura Institucional

7.1.1. Estructura Institucional Pública

Como se explicó anteriormente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales a través de los Servicios de Salud coordina y controla la acción de los establecimientos públicos de la red, lo cual también rige para la red de establecimientos hospitalaria de cada región.

Estos establecimientos proporcionan la atención institucional hospitalaria del asegurador público y atienden también demanda de beneficiarios de aseguradores privados, especialmente, en aquellos lugares donde no existe oferta de prestadores privados.

Los Servicios de Salud, en caso que los establecimientos hospitalarios de su territorio no tengan la capacidad tanto de oferta, como tecnológicas para atender ciertas patologías institucionales están capacitados para contratar dichas prestaciones en el sector privado, bajo la modalidad PAD, Pago Asociado a Diagnóstico, con arancel establecido por FONASA, el asegurador público. FONASA, también esta facultado para efectuar compras de prestaciones y de hecho negocia con los Servicios de Salud.

Esta Red Asistencial Hospitalaria es también la encargada de atender y dar solución a los beneficiarios del sistema público de salud, que presenten patologías con GES, Garantías Explícitas de Salud, según la ley AUGE.

La oferta total hospitalaria del sector público es de 194 hospitales, los que de acuerdo a su complejidad se distribuyen de la siguiente forma, siendo los de mayor complejidad los de tipo 1:

• Tipo 1	23
• Tipo 2	36
• Tipo 3	24
• Tipo 4	99
• DEL.	<u>12</u>
Total	194

La dotación total de camas al año 2002 es de 29.400, en relación a las 33.000 que se tenían en 1990, esto significa una mayor oferta de 10,9%. Sin embargo debe tenerse en cuenta que el Promedio de Días de Estada por paciente disminuyó de 7,7 días en 1990 a 6,4 en 2002, lo cual significa un 16,9%.

A contar de 2005, los Servicios de Salud están facultados por la ley, para determinar que los establecimientos de salud hospitalaria “que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones obtendrán la calidad de **Establecimientos de Autogestión en Red**, con las atribuciones y condiciones que señala este título, si cumplen los requisitos que se determinan en el reglamento...”. Este reglamento será el que regule esta actividad y se encuentra en etapa de preparación, con participación del Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda.

Esta medida busca, básicamente, mejorar la eficiencia y eficacia de estos establecimientos y estarán obligados a tener procedimientos de control de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de los usuarios.

Estarán obligados también a atender a los beneficiarios del sistema público de seguro de salud, pudiendo también firmar convenios de atención con aseguradores privados.

La red asistencial hospitalaria pública se financia por asignaciones presupuestaria, originadas por FONASA vía traspaso de fondos a los Sistemas de Salud; por pagos por prestación que efectúa FONASA por la atención de sus beneficiarios; y por venta de servicios al sector privado.

En las cifras entregadas, sólo se han considerado los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. Se excluyeron los establecimientos de las Fuerzas Armadas, dependientes del Ministerio de Defensa y el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, uno de los mayores del país y con un alto nivel tecnológico, que depende del Ministerio de Educación. La relación del asegurador público en salud con estos Hospitales se realiza por convenio de servicios.

7.1.2. Estructura Institucional Privada

En Chile existen aproximadamente 150 clínicas y hospitales privadas, incluyendo aquellas de propiedad de las mutuales de empleadores, que están especialmente especializadas en tratamiento de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

De estas clínicas y hospitales privados, existen aproximadamente 25 con alto grado de complejidad, con una oferta de camas días superior a las 2.000. En ellos el confort hotelero fluctúa de medio a alto.

Los establecimientos hospitalarios privados sirven esencialmente a los beneficiarios del sistema de seguro privado de salud y los beneficiarios FONASA que opten por la modalidad de libre atención (MLE), en el cual el copago es el regulador de uso, puesto que el sistema público, solo cubre un porcentaje del arancel FONASA de cada prestación.

Respecto de la atención institucional de beneficiarios del derecho público, esta opera cuando los prestadores públicos no pueden atender en oportunidad o tecnológicamente a dichos beneficiarios. En esos casos, denominados rebalse, opera convenios de servicios bajo la modalidad PAD, pago asociado a diagnóstico. Los PAD se originan siempre por derivación de un centro de atención ambulatoria del sistema público. Estos convenios pueden ser convenidos directamente con FONASA o el Servicio de Salud correspondiente, o mediante el sistema de licitación pública o privada.

Los aranceles relacionados con estas prestaciones son los aplicados en la atención institucional, con variaciones normales de una negociación con privados.

Los controles de calidad los efectúan directamente los aseguradores: los privados a través de sus contralorías médicas y su sistema de acreditación y convenios con prestadores privados; el asegurador público a través del Servicio de Salud correspondiente al territorio del prestador.

8. ELABORACIÓN DE POLÍTICAS, REGULACIÓN Y MONITOREO

En este capítulo se describirá la forma en que funciona el paradigma emergente en Chile, dadas las características especiales del seguro de salud básico y de la participación de los seguros complementarios.

8.1. Cómo funciona el paradigma emergente en Chile

Desde hace algún tiempo, se han producido profundas reformas al sector salud en todo el mundo.

Los modelos, que al inicio presentaban diferencias estructurales en la forma de abordar la salud, ya que existían desde organismos que operaban con autosuficiencia total (Europa del Este), los consolidados en el marco bismarckiano y amparados en los logros del estado de bienestar (Europa central y Canadá), hasta los sistemas con fuerte presencia del seguro individual (EE.UU.), han debido reflexionar acerca de los arreglos institucionales que permitan su funcionamiento considerando las realidades nacionales del presente y futuro.

El lugar común de la reforma, en estos casos, era que los costos generales crecían más rápidamente que el propio crecimiento económico general y que las demandas por nuevos servicios empezaban a ser percibidos como inalcanzables con el financiamiento actual.

En suma, los déficits de la seguridad social (que también acompañan a los déficits de las pensiones, lo cual obedece -entre otras cosas- al alargamiento de la esperanza de vida) están en la base de las reformas en curso y, por lo tanto, son la razón que explica el surgimiento de un modelo emergente, en el sentido de *Dov Chernichovsky*.

Como se concluye en este trabajo, el modelo emergente ha sido parte de las preocupaciones, tanto del proceso de reforma iniciado en los 80, profundizada al inicio de los 90 y ratificada con la última reforma que terminó de aprobarse recién este año 2005.

En efecto, en Chile se legisló a principios de los 90 por un sistema de salud mixto en que cada subsector disponía de prioridades o "nichos de mercado", pero que no era dual, en el sentido de excluyente y competitivo. Cabe notar que no se ha excluido que prestadores privados colaboren en la oferta de prestaciones al sector público. Por el contrario, esta modalidad de "libre elección", surgida a partir de reformas promulgadas en los años 60, en la actualidad ha crecido en forma sistemática, hasta llegar a ocupar el 19% del presupuesto público en 2004.

Asimismo, el sector privado -incluyendo las aseguradoras privadas- suele acudir al sector público, especialmente en áreas con poca infraestructura y en caso de urgencias. Esto es más frecuente aún en el caso de accidentes del trabajo, en que

las mutuales (aseguradoras encargadas de este nivel) no disponen de establecimientos en todas las regiones del país.

Para alcanzar objetivos de eficiencia sistémica, es decir, del total del sistema nacional de salud que incluye al sector público y al privado, los reformadores de los sistemas de salud han debido enfrentar y superar tensiones y desconfianzas permanentes entre, por un lado, principios “privados” o basados en el mercado, y principios basados en la planificación central, o “públicos” por el otro.

El paradigma emergente que empezó a comienzos de los 90 en las naciones desarrolladas, refleja intentos por reconciliar los aparentemente contradictorios atributos de los enfoques “privado” y “público”.

En Chile, esta óptica ha sido recogida en las leyes actuales, aunque es necesario reconocer que encontró fuertes rechazos en sectores cuyo enfoque se basa en los conceptos de salud pública que primaron en los años sesenta y, también, entre los propios funcionarios del sector que, temiendo que los procesos de reforma condujesen a una privatización mayor, prefirieron permanecer en el modelo anterior.

La reforma en Chile, al igual que el “paradigma emergente” reconoce los mismos principios en ciertos casos:

- Derecho a un paquete de asistencia médica universal sostenido por la sociedad. En Chile ya hay una cierta universalidad en lo que concierne a la atención primaria entonces se agrega a este paquete ya logrado el Plan Auge que se ha comentado en el texto.
- El segundo principio trata que el financiamiento se base en contribuciones dependientes de los recursos del individuo y no en su riesgo. Este principio siempre ha estado presente en la Reforma a través de la incorporación de la solidaridad como eje rector del proceso. No obstante, es necesario reconocer que el Fondo Común Solidario que aseguraba traspaso de recursos del asegurador que protegía personas con menor riesgo hacia las instituciones que tenían las personas con mayor riesgo fue rechazado por el Parlamento restringiéndose sólo al sector privado.
- El tercer principio “Una cantidad sustancial de financiamiento público” pudo también darse en la forma de contribuciones obligatorias de hogares y empresas a un fondo público común, nacional o regional, de propósito específico, que constituyese la base de un esquema de “seguro social de salud”, dentro de un enfoque de portabilidad de las cotizaciones, que fue uno de los principales debates que se produjeron estos tres años. Hubo consenso que la portabilidad -que cada persona asegurada pudiese trasladar hacia el sector privado o público una cuota básica per cápita- creaba dificultades de gestión en el sistema de salud, en tanto las aseguradoras privadas tenían facilidades para el descreme de sus afiliados.

En efecto, en tanto el sector privado podía “deshacerse” de los clientes riesgosos el sector público no podía hacerlo por lo que debía tener una disponibilidad potencial que impedía optimizar la planificación sectorial.

- En consecuencia, la organización de fondos comunes es prácticamente inexistente y no existe en Chile una organización centralizada que asigne a través de un mecanismo de ajuste universal de riesgos o de capitación a instituciones competidoras (“planes”).

En fin, las instituciones pueden contratar prestaciones en diferentes formas con proveedores competitivos o independientes.

Como lo explicita *Chernichovsky*, el “paradigma emergente” tiene ventajas políticas e institucionales.

Entre ellas, puede aprovechar las ventajas de las instituciones existentes. De hecho, una evaluación al respecto indica que “desde el punto de vista general de un sistema de salud mixto como el chileno, podría concluirse que la presencia de la opción privada ha permitido:

- a) crear mayor competencia tanto por la tendencia a homogeneizar aranceles de prestaciones entre públicos y privados⁸ como por;
- b) exigir la modernización del sector público lo que se manifiesta por una creciente aceptación en las encuestas del servicio público;
- c) aumentar en 30% el aporte vía cotizaciones voluntarias de las cotizaciones obligatorias en las instituciones privadas, lo cual permite mejorar los planes para quienes tienen riesgos “normales”; y,
- d) mejorar la infraestructura general de salud del país.

Sin embargo, las críticas que surgen a este sistema mixto son asimismo, contundentes:

- a) Amplía las brechas de equidad en tanto el sector público recibe a los más pobres, los más vulnerables y los más “costosos”, es decir, el sistema actual no limita el “descreme” por parte de las aseguradoras privadas, ni compensa por la vía de Fondos solidarios comunes interinstitucionales;
- b) se reconoce una cierta arbitrariedad en los costos de los planes individuales lo cual está basada en una asimetría de información con baja posibilidad de elegir si existen varios miles de alternativas de planes de salud;
- c) crea un ámbito de competencia superfluo y costoso en el sector privado a través de los gastos de comercialización. En efecto, los gastos per cápita en administración en Fonasa alcanzan en 2003 a cerca de \$1.559 por año mientras que en las Isapres son de 26 veces más (\$39.970); y,

⁸ En este sentido, el asegurador público actúa como regulador, especialmente en lo referente a consultas, en tanto las prestaciones tienen coberturas fijas y preestablecidas anualmente.

- d) dificulta o puede tornar no óptima la planificación sanitaria global, en tanto la demanda nacional tiene al menos un margen de incertidumbre determinado por quienes pueden eventualmente transitar de un subsistema al otro”.

Por otra parte, hay que reconocer que el esquema de portabilidad se ha considerado que facilita la movilidad laboral al romper la asociación entre un empleo específico y el derecho a la salud pública.

Sin embargo, también ha habido críticas al respecto. En un Sistema Público de Atención de Salud, el concepto de portabilidad se refiere al derecho de cada persona a ser atendido en cualquier lugar del país, en cualquier establecimiento, e incluso con el profesional que al interior de este elijan según sus necesidades.

La Constitución Política vigente dice que: “Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado”⁹. Por otra parte, la ley 18.469 establece que: “Los beneficiarios (en la modalidad de atención institucional) podrán elegir el establecimiento en que serán atendidos y, dentro de este, al profesional que deba atenderlos...”.

En el ámbito de los seguros privados y de atención privada de salud, el concepto de portabilidad se refiere a la forma de distribución de los recursos disponibles para salud tanto por el sistema público como privado (que pueden ser bonos, órdenes de atención o primas per capita).

Las personas optan a este beneficio (que no son todos), mediante servicios aislados (modalidad de libre elección de FONASA y de las Isapres) o compran diferentes planes en las Isapre (en el caso de Chile, con la cotización obligatoria de un 7% de las remuneraciones de sus afiliados).

La reforma que propuso la creación de un Fondo Nacional de Salud en el proyecto que establece un Régimen de Garantías en Salud dejó constancia en los acuerdos previos entre los distintos sectores de presión del ámbito de la salud que: “La reforma no significará que se implemente el modelo de subsidio a la demanda o portabilidad, que se subsidie con recursos estatales a las Isapres y que los recursos públicos adicionales para la reforma incrementen utilidades de los seguros privados.”

Esta idea se contraponía con otra que proponía una reposición del sistema de portabilidad como subsidio amplio a la demanda que, en definitiva, permitiría que los aportes fiscales podían ser entregados tanto al sector público como a las Isapres y, a su vez, cada beneficiario de este sistema tendría el derecho, a comprar en las Isapre, el “Plan de Prestaciones”, según los precios de esos planes en cada institución.

En este último caso, puesto que las Isapres son instituciones privadas con fines de lucro, la transferencia del fondo portable debe financiar los costos de la atención

⁹ Constitución Política del Estado de Chile, Artículo 19, numeral 8.

propriadamente tal y además los gastos administrativos, de mercadeo y las ganancias de las instituciones aseguradoras.

Esta acepción de portabilidad es sinónimo de subsidio a la demanda. En otras palabras, en este caso lo que se porta es una cantidad de dinero por parte de las personas. El subsidio a la demanda le da a las personas la posibilidad de “elegir” el seguro de salud y el proveedor privado de servicios.

No obstante, esta posibilidad, en la práctica, está restringida por los diferentes precios de los planes (se puede elegir sólo hasta donde alcancen los recursos) y si se opta por planes más caros hay que estar dispuesto a pagar más del bolsillo.

Está también restringida por la selección de beneficiarios (descreme) que de todas formas hacen las empresas aseguradoras, lo que puede ser corregido o morigerado por el ajuste del per cápita por riesgo.

Está también restringida, en cuanto a la elección de los proveedores, por el tipo de planes (abiertos, cerrados o semi cerrados) que se compren. De hecho, las Isapres y Fonasa han tendido a enfrentar el cumplimiento de los requisitos Auge en el marco de sistemas cerrados.

Se ha argumentado también que el subsidio a la demanda dificulta la planificación general del sistema público y privado de atención y hace más compleja e ineficiente su organización.

En efecto, el sistema público -por ética y por equidad- debe estar preparado para recibir a todos quienes no tienen recursos. Si se establece la libre elección mediante el subsidio a la demanda, se puede generar un sobredimensionamiento del servicio público por los eventuales cambios de personas sin recursos al sistema privado. En cambio, el sistema privado no está obligado a “recibir” a los afiliados.

Finalmente, se argumenta que el subsidio al sector privado es inequitativo, porque si actualmente los gastos promedios administrativos (incluyendo publicidad, utilidades y otros) de las Isapres son de 16% las transferencias se reduciran en proporción similar a los beneficiarios de bajos ingresos.

En segundo lugar, los costos de los servicios privados son mayores que en los servicios públicos por lo que se afecta la equidad en la distribución de los gastos fiscales. Además, la portabilidad financiera, no regulada, abre la posibilidad de que una prima universal corregida sólo por sexo y edad, eventualmente pudiera transferir recursos desde los pobres afiliados al FONASA, a los menos pobres, no pobres o a los ricos afiliados a las Isapre.

En definitiva, el debate actual se refiere a cómo algunas naciones en desarrollo de América Latina alcanzan y mantienen el derecho universal de protección. Por ejemplo, es la preocupación principal del nuevo presidente Palacios del Ecuador. En Chile el debate culmina con la reforma de salud y con la aceptación de la

cobertura universal garantizada de 25 problemas de salud en 2005 para llegar a 56 en 2007, sin perjuicio de que se aumenten tales patologías en el futuro.

Como se ha dicho, este “paradigma emergente” busca transformar los sistemas de salud hacia una presencia universal lo cual tiene las modalidades específicas que se han comentado aunque se coincide en los tópicos principales, a saber: mejorar la protección de salud, alcanzar equidad, contener el aumento de los costos agregados de protección médica, incrementar la eficiencia y calidad de las prestaciones de salud y aumentar el grado de satisfacción en los consumidores y proveedores.

9. INVERSIÓN DE ALTA TECNOLOGÍA, CENTROS DE EXCELENCIA Y TECNOLOGÍA

9.1. La organización y el financiamiento de la investigación en salud

La investigación en salud en Chile se efectúa principalmente en las universidades, y en menor medida en algunos centros de investigación relacionados con universidades, organismos públicos o regionales.

El financiamiento de la investigación es fundamentalmente público y proviene en su mayor parte de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (Conicyt).

En términos de la investigación científica total del país se estima que en el financiamiento el Estado de Chile aporta alrededor de un 64%, en tanto que las empresas participan en un 20%, siendo el saldo financiado directamente por otras fuentes nacionales.

La Misión del Conicyt y la forma de cumplir con ella se describen a continuación.

9.1.1. Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (Conicyt)

La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica, Conicyt, fue creada en 1967 con la misión de asesorar al Gobierno en el campo de la Ciencia y Tecnología. Actúa como la institución coordinadora y articuladora del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, promoviendo y fortaleciendo la investigación científica y tecnológica, la formación de recursos humanos, el desarrollo de áreas nuevas del conocimiento y de la innovación productiva, para lo cual administra, a nivel nacional, los recursos públicos destinados a estas materias.

Objetivos Estratégicos

Rearticular la actividad científica y tecnológica con los planes de desarrollo económico y social elaborados por el Gobierno.

Fortalecer e impulsar el desarrollo de la investigación en ciencia y tecnología como instrumento de desarrollo nacional mediante los actuales Fondos (Fondecyt, Fondef, Centros de Excelencia Fondap) y con la definición de nuevos instrumentos de promoción a nivel nacional.

Impulsar la investigación científica y tecnológica en todo el territorio nacional, a través del desarrollo de políticas y programas en diversas regiones del país.

Apoyar y fortalecer la formación de los recursos humanos a nivel de doctorado y magíster para la investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología, enfatizando el incremento de la cantidad mínima necesaria de investigadores en áreas emergentes o deficitarias imprescindibles para el desarrollo del país.

Fomentar la creación de un Sistema Nacional de Información en Ciencia y Tecnología que facilite la recopilación y difusión de la información científica y tecnológica del país, promoviendo el acceso a información que permita analizar la evolución del país en éstos ámbitos.

Promover la inserción internacional de la comunidad científica y tecnológica chilena, fortaleciendo los proyectos de investigación en el marco de los acuerdos de cooperación internacional existentes, principalmente con países de América del Norte, Asia, Latinoamérica y la Unión Europea.

Divulgar y difundir la importancia de la ciencia y la tecnología en la comunidad educativa en general.

Conicyt Actual

Conicyt ha respondido a una estrategia de Gobierno en la que se ha priorizado el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación como factores claves para la inserción de Chile en el circuito de los países desarrollados.

En sólo tres años, la inversión en Ciencia y Tecnología ha avanzado hacia un incremento real. Del 0,5% del Producto Interno Bruto (PIB) que se invertía en 1999, al año 2002 Chile invirtió un 0.7% del PIB en Investigación y Desarrollo, lo que equivale a más de quinientos millones de dólares.

Por su parte, Conicyt cuenta con un presupuesto anual, que actualmente alcanza los sesenta millones de dólares.

Los programas a través de los cuales canalizan sus recursos para la investigación son:

a) Fondecyt, Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico

Creado en 1981, el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, Fondecyt, inauguró la modalidad de fondos concursables introducida por el Estado chileno como criterio para la asignación de recursos destinados al desarrollo científico y tecnológico básico del país. Su misión es fortalecer y desarrollar la investigación en todas las áreas del conocimiento mediante el financiamiento de Proyectos de Investigación de excelencia en concursos públicos y competitivos, a través de diversos Programas.

b) Fondap, Fondo de Investigación Avanzada en Áreas Prioritarias: Centros de Excelencia.

El Programa Fondo de Centros de Excelencia FONDAP, tiene por objetivo concitar el trabajo en equipo de investigadores en áreas temáticas donde la ciencia nacional ha alcanzado un alto nivel de desarrollo, cuenta con un

número significativo de investigadores con productividad demostrada y puede hacer una contribución significativa en problemas pertinentes para el desarrollo del país.

Para ello, el Programa FONDAP financia la conformación de Centros en áreas temáticas que necesitan ser abordadas con excelencia, en forma multidisciplinaria -si ello es necesario- y con financiamiento de largo plazo. Su gestión incorpora un importante componente educacional, el que también constituye una característica esencial.

c) Fondef, Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico

Fundado en 1991, el Programa Fondef de Conicyt ha fortalecido y aprovechado las capacidades científicas y tecnológicas de las Universidades e institutos tecnológicos para incrementar la competitividad de la economía nacional y contribuir a mejorar la calidad de vida de todos los chilenos.

Sus modalidades de financiamiento están orientadas a Universidades e Institutos co invierten junto con empresas. El proceso de convocatoria para los concursos de Investigación y Desarrollo se realiza mediante un llamado público anual. Para financiar los proyectos de Transferencia Tecnológica, Fondef dispone de una ventanilla abierta todo el año.

d) Programa EXPLORA de Conicyt

EXPLORA es un Programa Nacional de Divulgación y Valoración de la Ciencia y la Tecnología, creado en el año 1995 por Conicyt. El fin de EXPLORA es contribuir a crear una cultura científica y tecnológica en la población, particularmente en niñas, niños y jóvenes en edad escolar, mediante acciones de educación no formal, como motor de desarrollo.

Es un espacio de oportunidades, que promueve la generación de actitudes participativas e innovadoras en niños y jóvenes, favoreciendo el acceso a manifestaciones que acercan el conocimiento científico y tecnológico a la vida cotidiana de los estudiantes y cuenta con un fuerte respaldo y reconocimiento de la comunidad educativa, científica y cultural.

e) FONIS, Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud

El Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, FONIS, surge a partir de un esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud y CONICYT. Su misión es generar mayor investigación y desarrollo científico y tecnológico que permita mejorar la toma de decisiones en el país, en temas de salud pública, tanto a nivel de políticas como de decisiones clínicas y gestión. Se propone, además, contribuir a la formación de investigadores jóvenes y difundir los resultados de las iniciativas adjudicadas.

El marco en el que se desarrollan los proyectos son los Objetivos Sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud para la presente década. FONIS ayudará a mejorar los actuales estándares sanitarios y a enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad. También se espera que el Programa disminuya las desigualdades en el sistema nacional de salud, contribuyendo a la prestación de servicios acordes a las expectativas de la población.

El Fondo inició sus actividades a comienzos de 2004. En una primera fase se abrió un concurso de pre-proyectos para recoger la diversidad de ideas provenientes de los numerosos actores del área Salud. La segunda fase consiste en la selección de los proyectos a financiar, los que podrán acceder a recursos por un máximo de 20 millones de pesos y tendrán un año para completar su ejecución. Para su primer concurso FONIS tiene destinados 400 millones de pesos.

En el futuro, se considera mantener una línea de concursos abiertos de investigación y desarrollo aplicados, generar eventualmente convocatorias para desarrollos en algún área muy específica de interés prioritario para el país y fomentar los incentivos a proyectos ligados a programas de formación. También considerará entregar financiamiento de estudios de la realidad nacional en salud.

Los potenciales beneficiarios de FONIS pueden ser universidades, centros de investigación relacionados con el tema salud, o directamente académicos o personal de salud.

9.1.2. La investigación Universitaria

La investigación en salud está centrada en Chile principalmente en las Facultades de Medicina de las Universidades Tradicionales:

- **Universidad de Chile** a través de la Dirección de Investigación Científica, creada en 1980, y la Dirección de Gestión de Proyectos Estratégicos de investigación de reciente creación. Estas Direcciones de investigación son apoyadas por dos Centros Básicos: el Bioterio Central y el Centro de Equipamiento y Servicio de Apoyo Tecnológico (C.E.S.A.T.).
- **Universidad Católica de Chile** a través de su Centro de Investigaciones Médicas, CIM, creado en 1986, con 1.000 m² de superficie, en el cual trabajan aproximadamente 15 grupos de investigadores, que desarrollan líneas independientes de investigación. Este Centro trabaja tanto en la investigación científica directa, como en aquella que es encargada por empresas o instituciones universitarias del exterior.

- **Universidad de Concepción** a través de Grupos de Investigación.
- **Universidad Austral, de Valdivia**, con una amplia actividad de investigación médica, que en la actualidad tiene en desarrollo más de 50 investigaciones, ya sea como trabajo de grupo, como trabajos individuales.
- **Universidad de Valparaíso**, a través de su Centro de investigaciones Médicas, creado en 1999 y que actualmente tiene en desarrollo 6 investigaciones.
- **Universidad Católica del Norte**, a través de grupos de investigación.
- **Universidad de Santiago**, posee un Vicedecanato de Investigación y Desarrollo. Actualmente tiene en desarrollo 10 programas de investigación.
- **Universidad de los Andes**, desarrolla una amplia actividad en la que se reconocen 14 líneas de investigación. Actualmente tiene en curso 15 proyectos de Investigación.
- **Universidad de la Frontera, de Temuco**, en la actualidad desarrolla más de 50 proyectos de investigación. Cuenta además con dos Centros de Investigación, Docencia y Apoyo: Cebior, Centro de Biotecnología de la Reproducción y el CIGES, dedicado a la Capacitación, Investigación y Gestión para la Salud basada en la Evidencia. El CIGES es parte de una red internacional dedicada a estas actividades.

El financiamiento de esta investigación proviene de los fondos de Conicyt; propios de las Universidades; de las instituciones privadas y públicas; de fundaciones, comisiones y Universidades extranjeras, especialmente de EE.UU. y Europa.

9.2. Financiamiento de la introducción y provisión de prestaciones de alta tecnología.

La provisión y financiamiento de prestaciones de alta tecnología hasta la fecha presentan en Chile las siguientes características:

- Llegan al país con un desfase entre 5 y 10 años respecto de los Centros desarrollados.
- Obedecen a inversiones de Clínicas Privadas principales y enfocadas al GSE ABC1, Hospitales Clínicos de las 2 principales Universidades y eventualmente a Hospitales de Fuerzas Armadas o de Mutuales de accidentes del trabajo.
- La oferta de estos equipos de alta tecnología se concentra en la capital Santiago.
- Hasta 2004 la inversión del sector público (salvo FF.AA. y Hospital Universitario), fue baja y el desfase mayor.

A contar de 2005 el sector público ha iniciado un plan de inversión en equipos de alta tecnología, destinado principalmente a Hospitales de Especialidades, Torax, Neurocirugía, etc., que cuenta para los próximos 3 años con un presupuesto de alrededor de US\$ 30 millones.

9.3. Mezcla pública - privada en alta tecnología

En el país se producen en este sentido dos fenómenos respecto del acceso a prestaciones de alta tecnología:

a) Traslado de Regiones a Santiago para Diagnósticos y Tratamiento.

Esto implica que tanto pacientes del sistema privado como público deben desplazarse a Santiago con objeto de obtener un diagnóstico o de recibir un tratamiento avanzado.

Estos traslado se realizan tanto por cuenta propia, especialmente de privados, cuyo sistema cubre el tratamiento en todo el país, o por derivaciones convenidas y autorizadas, especialmente del sistema público.

b) Público y Privado.

b.1) En algunas regiones, o centros urbanos de regiones, el Servicio de Salud público cuenta con una tecnología mas completa que los prestadores privados, produciéndose entonces un servicio del sector público a pacientes provenientes de los aseguradores privados. En estos casos, para efecto de pago, los prestadores públicos operan con criterios privados.

b.2) En términos de utilización de prestaciones de alta tecnología, el sector público, cuando no puede otorgarlas, celebra convenios con prestadores privados o universitarios, para la atención de **pacientes derivados**. Estos convenios poseen precios determinados y normalmente abarcan la totalidad del tratamiento, como por ejemplo de un trasplante.

b.3) Existe el hecho frecuente que exámenes para diagnósticos en algunos centros públicos presentan demoras de días o requieren traslado a otra ciudad para realizarlos, por lo que pacientes recurren por sus propios medios a prestadores privados para obtener la prestación. El paciente posteriormente continua su tratamiento en el establecimiento público.

En general en el acceso a las prestaciones de alta tecnología, rigen las leyes de mercado y los convenios negociados.

10. DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS Y ENTRENAMIENTO

10.1. Organización del entrenamiento médico

10.1.1. Entrenamiento Básico

El entrenamiento médico en Chile está entregado básicamente a las Facultades de Medicina de las Universidades del país, en lo que grado y postgrado se refiere, y a los Establecimientos de los Servicios de Salud y Hospitales Universitarios, en lo relacionado con especializaciones.

En el país existen 12 facultades de medicina de las cuales actualmente 11 están entregando profesionales.

Las Facultades de Medicina son las siguientes:

- Universidad de Chile, Santiago
- Universidad Católica de Chile, Santiago
- Universidad de Santiago, Santiago
- Universidad Mayor, Santiago
- Universidad Andrés Bello, Santiago
- Universidad de Los Andes, Santiago
- Universidad Católica del Norte, Coquimbo
- Universidad de Valparaíso, Valparaíso
- Universidad de Concepción, Concepción
- Universidad Católica de la Santísima de Concepción, Concepción
- Universidad de la Frontera, Temuco
- Universidad Austral, Valdivia

Los estudios tienen una duración de 7 años, incluyendo 1 o 2 años de Internado, según el currículo de cada Facultad, después de los cuales y cumplidos todos los requisitos exigidos por la universidad, los egresados obtienen el grado de Licenciado en Medicina y el título profesional de Médico Cirujano, el cual lo capacita para ejercer como médico en todo el territorio del país.

Las facultades para poder operar y otorgar grado académicos y títulos profesionales deben estar acreditadas en el Comisión Nacional de Acreditación (CNAP):

¿Qué es acreditación de carreras?

Es el proceso técnico destinado a asegurar y promover la calidad de los programas de estudios de las distintas carreras que imparten las instituciones de educación superior mediante la aplicación de mecanismos de autoevaluación y verificación externa. En este proceso participan académicos de las propias

instituciones como externos a ellas, aplicando criterios y procedimientos objetivos y públicos.

El objetivo principal del proceso de acreditación es asegurar la CALIDAD ofrecida tanto a nivel programático como institucional, por lo que debe ser entendido como un sistema permanente, aplicado en ciclos preestablecidos.

De ahí la importancia de tener un sistema reconocido por todos los estamentos de evaluación permanente del desempeño de la institución, programa o carrera, el cual pueda identificar las fortalezas y debilidades, las medidas necesarias para corregir las deficiencias detectadas y pueda dar cuenta del grado en que se están cumpliendo los criterios de calidad concordados.

Comisión Nacional de Acreditación (CNAP)

La Comisión Nacional de Acreditación (CNAP), se constituyó en marzo de 1999 (ver decreto de creación) y sus funciones son conducir procesos experimentales de acreditación y diseñar y proponer el sistema nacional de aseguramiento de la calidad de la Educación Superior. Su Presidente es don Iván Lavados Montes.

Las actividades que desarrolla la CNAP, se enmarcan en el Componente de Aseguramiento de la Calidad del Programa de Mejoramiento de la Calidad y la Equidad de la Educación Superior (MECESUP), que lleva a cabo el Ministerio de Educación con el apoyo del Banco Mundial.

El Ministerio de Educación creó la CNAP garantizándole plena autonomía en el ejercicio de sus funciones, y su estructura es, a la vez, autónoma de las instituciones de educación superior objeto de la evaluación.

La CNAP está integrada por 17 académicos de alto nivel y cuenta con una Secretaría Técnica, dirigida por la señora María José Lemaitre del Campo. Cuenta, además, con la asesoría de consultores expertos en el campo de la educación superior provenientes de las distintas áreas del conocimiento. La CNAP ha formado equipos de trabajo para definir criterios de evaluación y conformar registros de pares evaluadores en diversas áreas. Estos equipos son denominados Comités Técnicos. A la fecha, la Comisión cuenta con Comités Técnicos en las áreas de Administración Pública, Agronomía, Arquitectura, Bioquímica, Contabilidad, Derecho, Directivos Públicos, Educación, Enfermería, Ingeniería Civil, Ingeniería Comercial, Ingeniería Forestal, **Medicina**, Medicina Veterinaria, Técnicos de Nivel Superior, Obstetricia y Puericultura, Odontología, Psicología, Química y Farmacia, Tecnólogos Médicos.

¿Cómo se realiza la evaluación?

El proceso de acreditación se realiza a partir de criterios de calidad previamente establecidos y contempla tres procedimientos sucesivos en el tiempo:

- a) Autoevaluación de la respectiva carrera
- b) Evaluación externa por sus pares
- c) Dictamen de CNAP

La evaluación debe hacerse agrupando a las carreras según áreas, niveles y grados de complejidad, para lo cual CNAP ha tomado contacto con organizaciones académicas, profesionales, gremiales y productivas a fin de organizar de forma participativa y eficaz las agrupaciones de carreras que se incorporarán al diseño de los criterios de evaluación a los que deben ser sometidos.

Una vez establecidos los grupos, se debe identificar a los principales actores del ámbito académico, profesional y de usuarios; constituir un Comité Técnico para la elaboración de los criterios de evaluación que exprese a esos actores y que defina los criterios de calidad cuantitativos y cualitativos, considerando estándares nacionales e internacionales, y someterlos a la aprobación de la Comisión. Finalmente, se proponen a la Comisión los procedimientos para realizar la autoevaluación y la evaluación externa por pares.

10.1.2. Especialización

En Chile no existe legalmente reconocido un título o un grado de especialización. La especialización en medicina se puede adquirir en el país a través de trabajar en un hospital público o universitario, en una especialidad por un tiempo prolongado de a lo menos dos o tres años, u efectuando estudios de maestría o magíster en una facultad de medicina.

Los postgrados universitarios en medicina, al igual que en otras profesiones y especialidades deben estar acreditados ante la Comisión Nacional de Acreditación de Postgrado (CONAP), cuya misión principal se detalla a continuación:

La Comisión de Evaluación de la Calidad de Programas de Postgrado de Universidades Autónomas, fue creada en 1999 por el Ministerio de Educación y está formada por 13 académicos de alto nivel. Las Actividades de la Comisión se desarrollan en el marco del Programa MECESUP del MINEDUC con el apoyo financiero del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), siendo su principal tarea evaluar la calidad de los doctorados y magíster que se imparten en Chile.

Una vez obtenido el postgrado en una Universidad o haber trabajado un tiempo prudente en un área especializada de un Hospital, el médico debe certificar su especialidad en el Colegio Médico de Chile, Asociación Gremial, en su Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM). Dicha

certificación, aún cuando no tiene respaldo legal, tiene reconocimiento general y nacional en establecimientos de salud privados y públicos.

10.2. Financiamiento del Entrenamiento

10.2.1. Estudios profesionales básicos (obtención del título de médico cirujano)

Como norma general cada estudiante debe financiar su carrera profesional, cualquiera sea ella y cualquiera sea la condición económica del estudiante.

Sin embargo, existen cuatro maneras de financiar la carrera, además del pago directo:

- a) Becas del Estado a los estudiantes que obtienen los mejores puntajes de la Prueba Nacional de Selección Universitaria, PSU, que es el sistema que se emplea para el acceso a la educación universitaria.
- b) Becas de las Universidades estudiantes con puntaje alto en la PSU y que no obtuvieron beca del Estado. (muy menor y en casos muy especiales).
- c) Sistema de Crédito Universitario Estatal para estudiantes de recursos económicos medios y bajos, que habiendo obtenido y un puntaje calificado en la PSU y habiendo ingresado a una universidad tradicional, demuestren imposibilidad económica para solventar sus estudios. Este Crédito debe ser devuelto al Fondo en mensualidades una vez titulado a plazo de 5 años o más.
- d) Sistema de Crédito Universitario Bancario para estudiantes de recursos económicos medios y bajos, que habiendo obtenido y un puntaje calificado en la PSU y habiendo ingresado a una universidad privada no tradicional, demuestren imposibilidad económica para solventar sus estudios. Para el Estado se convierte en aval del estudiante ante la institución bancaria que concede el crédito. Este Crédito debe ser devuelto al Banco en mensualidades una vez titulado a plazo de 5 años o más.

10.2.2. Estudios de Postgrado

Estos estudios deben ser financiados en forma privada, existiendo posibilidades de becas del Ministerio de Salud para especializaciones en hospitales públicos y de Conicyt, para especializaciones en el país o en el extranjero, en áreas escasas en Chile.

A modo de conclusión

El presente trabajo ha descrito la estructura y el funcionamiento del sistema de seguro básico de salud en Chile, en que lo privado y público conviven en una forma mixta; en una forma de complementación y competencia; en una forma de solidaridad y grados de inequidad; en una forma cada vez mas eficaz y eficiente, constituyendo un paradigma emergente, que se debe estudiar en el futuro a la luz de sus resultados y del impacto social general que ello genere.

La reforma de salud es muy reciente y se debe esperar un tiempo para evaluarla en toda su dimensión.

Bibliografía

Comisión de Reforma. Objetivos Sanitarios para la década 2000 – 2010. Comisión de Reforma, Minsal, Stgo. 2002

Chernichovsky D. "The Public-Private Mix in the Modern Health Care System - Concepts, Issues, and Policy Options Revisited". National Bureau of Economic Research Working Paper W7881. Boston, 2000.

CIEDESS, Modernización de la Seguridad Social en Chile, Stgo. 2001

Erazo A. El rol de seguro público. Ponencia presentada al Seminario "La seguridad social en A.L., organizado por CEPAL, Stgo. 2002

Erazo A. Rol del Aseguramiento Público en Chile. Modernización y División de Funciones en salud. 2004

Erazo A. Sistema de Salud Chileno. Stgo. 2004

OMS, Informe Mundial 2000: Evaluación de Desempeño de los Servicios de Salud. Ginebra. 2000

Sapelli C. y A. Torche. ¿Fonasa para pobres, Isapre para ricos? Un estudio de los determinantes de la elección entre seguro público y privado. Documento de trabajo N° 183. PUC, Stgo., 1997

Secretaría Ejecutiva de la Reforma. Sistema de Acceso Universal de Garantías Explícitas. Construcción de la propuesta técnica del año base. Tomo I Descripción de la Propuesta Técnica. Minsal, Stgo., 2002

Sandoval H. Mejor salud para los chilenos. En Cuadernos Médicos Sociales. Marzo 2004 Vol. 43 N° 1. Colmed. Stgo. 2004

Superintendencia de Isapres. Boletín Anual. Stgo. 2003

Superintendencia de Valores y Seguros. Anuario de Seguros. SVS. Stgo. 2003

Titelman D. Reformas al financiamiento del sistema de salud en Chile. En revista de la CEPAL N° 69. CEPAL, Stgo., 1999

Titelman D. Y A. Uthoff. El papel del aseguramiento en la protección social. En revista de la CEPAL N° 81. CEPAL, Stgo. 2003

Urriola R. Cuentas de salud de Chile. Serie Documentos de Trabajo, Fonasa, Stgo. 2004

Urriola R. Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno. Ponencia. 17 Seminario de Política Fiscal. CEPAL, Stgo. 2005.