



FLACSO – CHILE
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
MAGÍSTER EN POLÍTICA Y GOBIERNO

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA COMBATIR LA INEQUIDAD EN
SALUD EN CHILE
UNA MIRADA AL ROL DEL ESTADO

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN POLÍTICA Y GOBIERNO

PROFESOR GUÍA:

SR. HÉCTOR OYARCE

ALUMNO:

RODRIGO ANDRÉS DEL CANTO HUERTA

NOVIEMBRE 2009



RESUMEN

El sistema de salud tiene caracteres que lo distinguen de otros sistemas sociales, como el educativo o el de asignación de recursos (bienes de consumo y servicios) a través del mercado, por lo que se evidencia la necesidad de cumplir con las metas de financiamiento equitativo y satisfacción de necesidades en salud (capacidad de respuesta del sistema). Ello, por cuanto, como nos señala Acuña la inequidad “en la distribución de los bienes y oportunidades de salud y en la utilización de los servicios de salud se manifiestan la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, servicios y oportunidades, es decir, se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud”¹.

El desafío de los sistemas de salud consiste en construir estructuras que garanticen la cobertura de todos los sectores de la población y en adoptar un enfoque preventivo que garantice la atención de los grupos desfavorecidos.

En este contexto, podemos señalar que los sistemas de salud engloban una serie de actividades destinadas al mantenimiento y a la mejora de la salud de las personas.

En este marco la literatura y los organismos internacionales han recogido el planteamiento consensuado de la necesidad que las funciones de los sistemas de salud se ejerzan por diversos actores. Una de esas funciones es la de financiamiento, que según la definición de la OMS, es el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema.

La recaudación de recursos es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud, las cotizaciones privadas voluntarias para aseguramiento de salud, el gasto de bolsillo y las donaciones.

La Organización Mundial de la Salud, señala en el preámbulo de sus estatutos que “el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, religión, de credo político, condición social o económica”.² Pero

¹ ACUÑA, María Cecilia. Exclusión, protección social y el derecho de la salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Marzo 2005. [Disponible en línea: <<http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-laca.pdf>>]

² BERGEL, Salvador. Revista Latinoamericana de Bioética. 2007, 7 (12): 10-27. [En línea] [<http://www.umng.edu.co/docs/revbioetik/vol12/bergel.pdf>] [Recopilado con fecha: 26.11.2007].

también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria.

Tobar *et al* definen la equidad en el acceso a los servicios de salud como: “la posibilidad de recibir atención en cualquier episodio de enfermedad, y de cualquier nivel de complejidad, sea equivalente para todos los ciudadanos.”

Para reforzar la convicción de la necesidad de intervención estatal para introducir criterios de equidad, podemos señalar que incluso autores liberales en materia de mercados estiman que debido a las características propias del mercado de la salud dicha acción estatal se justifica. “Esta brecha entre las necesidades y la capacidad autónoma de pago de las personas, expresada en el desafío de aumentar la equidad social en salud, explicaría, incluso en la hipotética presencia de mercados perfectos, la necesidad de intervención o regulación estatal de los mercados de la salud, ya sea mediante la provisión directa de las atenciones de salud que se definan o mediante mecanismos de subsidio a la demanda que involucren la definición regulatoria de las condiciones del bien o servicio cuya demanda se subsidia”.³

La equidad como objetivo central de los sistemas de salud.

El desafío de los sistemas de salud, nos dice Whitehead, “consiste en construir estructuras que garanticen la cobertura de todos los sectores de la población y no sólo de los subgrupos más prósperos, y en adoptar un enfoque preventivo que garantice la atención de los grupos desfavorecidos.

Acuña señala que para abordar el problema de la equidad en salud, desde el ámbito de la rectoría del sistema, el desafío consiste en posicionar la extensión de la protección social en salud en el centro de la agenda política gubernamental, con el aporte de todos los actores relevantes. En el ámbito del financiamiento, el desafío consiste en organizar solidariamente las diferentes fuentes de financiamiento para permitir abordar los requerimientos en salud de la población – tanto de servicios de salud personales como de los no personales– con criterios de equidad y sostenibilidad. De allí la relevancia de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, que a su vez se armonizan con el de equivalencia en la escala global del sistema de financiamiento y aseguramiento.⁴

³ TOBAR, Federico et al. Modelos equitativos de distribución de recursos sanitarios. 2001. [En línea] [<http://www.opas.org.br/servicio/Arquivos/Sala5205.pdf>] [Recopilado con fecha: 25.11.2007].

⁴ SOJO, op. cit. (ver nota 55)

La última reforma al Sistema de Salud chileno tuvo como uno de sus ejes prioritarios fortalecer la institucionalidad y potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones entre las instituciones con competencia en materia de rectoría, regulación y fiscalización en salud, por una parte, con la prestación de acciones de salud, por la otra.

Chile exhibe serios problemas de distribución de la riqueza. Así, si tomamos el coeficiente de GINI del año 2006⁵, vemos que fue de 0,571, lo que habla de una sociedad fuertemente segmentada.⁶

Recientemente, un grupo de investigadores de la Superintendencia de Salud concluyeron que la distribución del financiamiento de la salud, entre el sector público y el privado, es inequitativa. Por cuanto el 38% de los recursos totales que el país gasta, se ocupan en el 21% de la población adscrita al sistema ISAPRE y el 62% de los recursos se destina a la mayoría restante de 79% de la población adscrita o afiliada al FONASA.

En Chile la equidad en salud ha sido materia de preocupación durante la última década, en efecto, el ex presidente Ricardo Lagos señaló en el primer proyecto de la reforma de la salud impulsada durante su gobierno (2000-2005) que “la equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar”.

Pero al hablar de equidad, no podemos dejar de reflexionar sobre el concepto de justicia, que desarrollaremos también desde sus diversas concepciones.

En este sentido, podemos afirmar que la gestión sanitaria sólo será verdaderamente eficiente si se encuadra dentro de un marco de justicia social que se comprometa a cumplir al menos dos requisitos: cubrir unos mínimos universales de justicia sanitaria a los que no puede renunciar una sociedad que se pretenda justa, y percatarse de que para satisfacerlos no bastan las reformas del sistema sanitario en sentido estricto, sino que es necesario que la sociedad en su conjunto apueste por nuevas formas de vida, lo que necesariamente resulta más complejo y toma más tiempo. Por eso el discurso de la eficiencia, verdaderamente ineludible en salud, debe cobrar todo su sentido en un marco de justicia que reclama la satisfacción de unos mínimos irrenunciables y la transformación de la vida social.⁷

⁵ BANCO MUNDIAL. World Development Indicators 2006. Washington, D.C. 2006

⁶ BARREIX, Alberto; ROCA, Jerónimo; VILLELA, Luiz. Política Fiscal y Equidad. 2006. [En línea] [<http://www.iadb.org/IDBDocs.cfm?docnum=82844>] [Recopilado con fecha: 09.12.2007]

⁷ LAVADOS, Claudio y GAJARDO, Alejandra. El Principio de Justicia y la Salud en Chile. Acta bioethica. 2008, vol.14, n.2, pp. 206-211. [Disponible en línea: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200011&lng=es&nrm=iso>]. [Recopilado con fecha 02.12.2009]

ÍNDICE.

	Página
Portada	1
Resumen	2
Índice	5
I.- Planteamiento del Problema	6
1.- Introducción	6
2.- Preguntas de investigación	17
3.- Objetivos generales y específicos	17
4.- Hipótesis	17
II.- Marco Teórico	18
1.- Equidad en Salud	18
2.- Aseguramiento y financiamiento de las prestaciones de salud en Chile	29
3.- La Atención Primaria de Salud	64
III.- Marco Metodológico	71
1.- Revisión del marco normativo	71
2.- Revisión de Políticas Públicas para combatir la inequidad en Salud de los dos últimos gobiernos de la Concertación	87
2.1.- Programas Especiales del Fondo Nacional de Salud	88
2.2.- El Régimen de Garantías en Salud (GES)	92
IV.- Conclusiones	126
V.- Bibliografía	131

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.- Introducción.

Si nos hacemos la pregunta ¿qué es un sistema de salud? sería difícil dar con una respuesta exacta, sin embargo, para salvar este punto podemos utilizar una definición muy escueta, pero útil, que empleó la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe sobre la Salud en el Mundo, del año 2000:⁸

“Un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud.”

Pero esta definición nos plantea el desafío de determinar qué actividades encajan en la definición de sistema de salud. Así, podemos hacer un listado de tales actividades:

- Mejorar la salud de las personas,
- Prestación de atención médica: acciones preventivas, curativas y paliativas,
- Promoción de la salud,
- Prevención de enfermedades,
- Financiamiento de las prestaciones de salud,
- Gestión del capital humano (RR.HH. en Salud),
- Etc.

Los sistemas de salud tienen la responsabilidad de mejorar la salud de las personas, pero además, protegerlas contra las pérdidas financieras que genera la enfermedad (costo) y tratarlas con dignidad.

En el informe de la OMS citado, se plantea que los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales:

1. mejorar la salud de la población a la que sirven,
2. responder a las necesidades y expectativas de las personas (siempre crecientes), y
3. brindar protección financiera contra los costos de la pérdida de la salud (financiamiento equitativo).

⁸ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo año 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. Ginebra, 2000. [Disponible en línea: <<http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>>, recopilado: 25 de abril de 2008]

El sistema de salud tiene caracteres que lo distinguen de otros sistemas sociales, como el educativo o el de asignación de recursos (bienes de consumo y servicios) a través del mercado, por lo que se evidencia la necesidad de cumplir con las metas de financiamiento equitativo y satisfacción de necesidades en salud (capacidad de respuesta del sistema).

Uno de ellos es que la atención sanitaria puede ser excesivamente costosa y lo que es peor, la necesidad de atención es altamente imprevisible, por lo que son muy importantes los mecanismos para distribuir el riesgo y brindar protección financiera ante eventos que vulneren el bienestar físico y/o psíquico de las personas.

El otro elemento que lo distingue es que la enfermedad misma (y a veces la atención médica) pueden amenazar la dignidad de las personas y su capacidad para controlar lo que les ocurre, por lo que resulta fundamental la capacidad para reducir el daño a la dignidad y a la autonomía personales, satisfaciendo las necesidades de la población en salud.

Pero a nuestro juicio, uno de los principales objetivos del sistema de salud de un país es promover y asegurar la equidad en salud, desde las diversas concepciones que ello involucra, a saber, desde la perspectiva del acceso a prestaciones, desde la perspectiva del aseguramiento y desde la perspectiva del financiamiento.

Ello, por cuanto, como nos señala Acuña la inequidad “en la distribución de los bienes y oportunidades de salud y en la utilización de los servicios de salud se manifiestan la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, servicios y oportunidades, es decir, se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud”⁹.

El desafío de los sistemas de salud consiste, entonces, en construir estructuras que garanticen la cobertura de todos los sectores de la población y en adoptar un enfoque preventivo que garantice la atención de los grupos desfavorecidos.

En este contexto, podemos señalar que los sistemas de salud engloban una serie de actividades destinadas al mantenimiento y a la mejora de la salud de las personas.

La literatura ha identificado estas actividades, agrupándolas en cuatro funciones bien diferenciadas, recomendando que sean ejercidas por diversos actores del sistema, por distintos

⁹ ACUÑA, María Cecilia. Exclusión, protección social y el derecho de la salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Marzo 2005. [Disponible en línea: <<http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf>>]

motivos, pero que en general se pueden agrupar bajo los conceptos de costo-eficiencia, costo-efectividad o derechamente “roles ineludibles” del Estado.

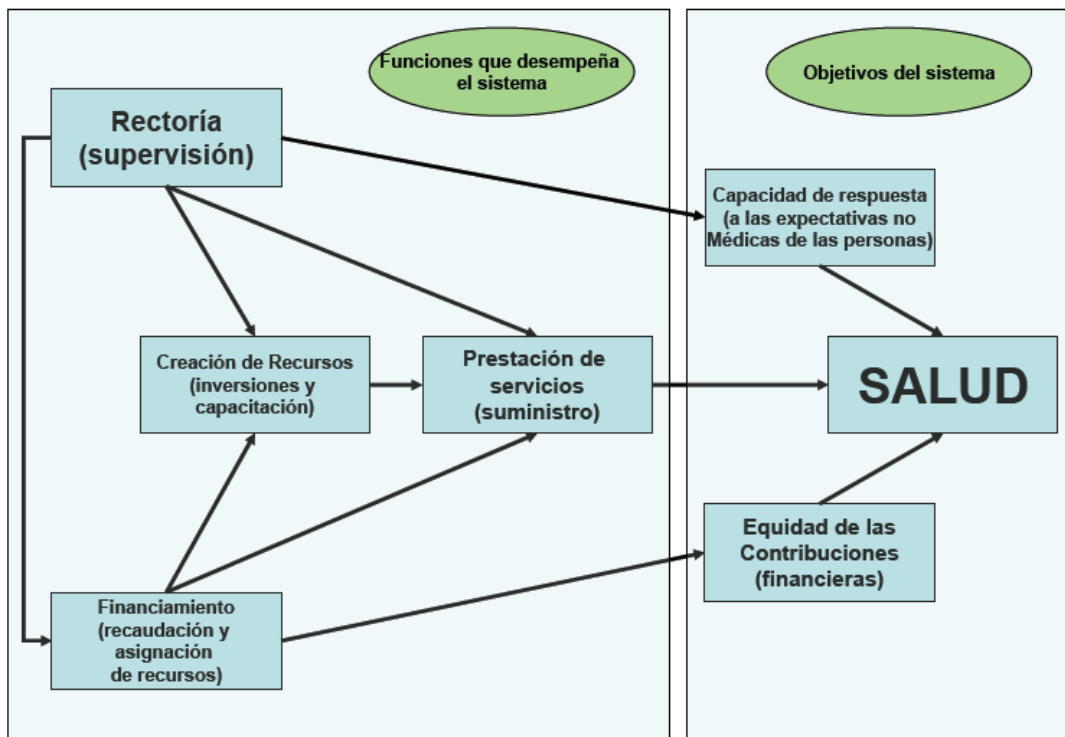
En este marco la literatura y los organismos internacionales han recogido el planteamiento consensuado de la necesidad que las funciones de los sistemas de salud se ejerzan por diversos actores.

El “Informe sobre la Salud en el Mundo” del año 2000, de la OMS, propone un marco conceptual que define cuatro ámbitos de funciones de los Sistemas de Salud y los vincula a los objetivos del sistema de salud (Figura 1).

Estas funciones son las siguientes:

1. Rectoría o “*gobernanza*”,
2. Creación de recursos,
3. Prestación de servicios, y
4. Financiamiento.

Figura 1



Fuente: elaboración propia siguiendo el modelo de la OMS. Informe sobre la salud en el mundo año 2000.

La función de prestación de servicios es la más conocida, y suele confundirse con el propio sistema de salud, pero hemos de señalar que prestar servicios es algo que el sistema *hace* y no lo que el sistema *es*.

La función de financiamiento importa recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema, siendo una de sus metas lograr la equidad de las contribuciones financieras, uno de los puntos que centrarán nuestro estudio.

La función de creación o generación de recursos está vinculada con las inversiones en infraestructura y en capacitación del capital humano del sistema.

Gran parte de la función rectora consiste en la reglamentación (que también puede ser privada, en algunos ámbitos en que la propia legislación lo autoriza), pero no se agota en ella, como veremos en el desarrollo de la Tesis.

Para contextualizar el trabajo de esta tesis y sustentar posteriormente sus resultados, y sin perjuicio de ahondar en alguno de los siguientes conceptos en el Marco Teórico, definiremos en esta parte en líneas generales cada una de estas funciones de los sistemas de salud y el rol que le compete en ellos al Estado.

Rectoría:

La rectoría, es por lejos, la más importante de las funciones de los sistemas de salud, porque, según la OMS, la responsabilidad última del desempeño general del sistema de salud de un país tiene que recaer siempre en el Estado, debido a que no solo influye en las otras funciones, sino que permite alcanzar las metas de todo sistema de salud: mejorar la salud, responder a las expectativas legítimas de la población y lograr que haya equidad en las contribuciones.¹⁰

No obstante, desde el punto de vista de una rectoría eficaz, las funciones clave que competen al Estado, a través del gobierno, son las de “supervisor y fideicomisario; en otras palabras, hacer caso a los que aconsejan ‘remar menos y ocuparse más del timón’”.¹¹

Algunos autores definen a la rectoría como “la capacidad del Estado para tomar responsabilidad por la salud y el bienestar de la población, al igual que para conducir el sistema de salud en su totalidad”¹², lo que la transforma en una competencia indelegable, que es ejercida por la Autoridad Sanitaria, radicada fundamentalmente en el Ministerio de Salud, pero ejercida

¹⁰ OMS. Informe sobre la salud en el mundo año 2000. op. cit.

¹¹ *Ibidem*.

¹² TRAVIS (2002), citado por MARTÍNEZ, María Soledad. Separación de funciones en la reforma del sector salud en Chile: tres visiones. 2007. Expansiva, serie En foco N° 111. [pp. 1-9].

asimismo por instituciones del sector, coadyuvantes del accionar ministerial, que en el caso de Chile son las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) o la Superintendencia de Salud, en sus ámbitos de competencia.

Debe prestarse especial atención a la función de rectoría sobre el conjunto de los actores y las acciones de salud, con el objeto de medir el grado en que se está poniendo en práctica. La literatura menciona tres tareas básicas comprendidas en ella:

- Formular la política sanitaria, esto es, definir la visión y la dirección,
- Ejercer influencia por medio de la reglamentación,
- Recabar y utilizar la información.

Desarrollaremos a continuación estas tareas comprendidas dentro de la función rectora:

Formular la política sanitaria.

Una política sanitaria explícita cumple una serie de fines: define la visión para el futuro (a corto, mediano y largo plazo), describe las prioridades y las funciones previstas para los distintos grupos, crea consenso e informa a la población, y con todo ello, cumple una importante función de gobierno.

Ejercer influencia por medio de la reglamentación.

En la literatura hay consenso respecto que la reglamentación es una responsabilidad que incumbe generalmente a los Ministerios de Salud y que se traduce tanto en su formulación como en su aplicación y muchas veces en su fiscalización.

En su formulación, la autoridad debe tener siempre en consideración los efectos estimulantes o restrictivos del accionar de los actores del sistema, a fin de no entorpecer ni dejar desregulados ámbitos de iniciativa del sector privado, al no contrarrestar fallas de mercado o sobreregular e impedir la libre competencia.

Recabar y utilizar la información.

La función rectora exige también tener capacidad de visión, recabar información y utilizarla, y ejercer influencia. Si no se comprende debidamente lo que está sucediendo en la totalidad del sistema de salud, es imposible que el Ministerio elabore estrategias para influir en el comportamiento de los distintos grupos de interés de modo que apoyen los objetivos generales de la política sanitaria, o por lo menos no entren en conflicto con ellos.¹³

¹³ OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo año 2000. op. cit.

En este mismo sentido, podemos agregar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) definió recientemente seis dimensiones para la función Rectora de los Sistemas de Salud¹⁴, que deben ser articulados por la autoridad sanitaria, a saber:

1. Conducción Sectorial,
2. Regulación (marco normativo sanitario y garantía de su cumplimiento),
3. Modulación del financiamiento, esto es, asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios de salud,
4. Garantía del aseguramiento, mediante un conjunto garantizado prestaciones de cobertura se servicios de salud para toda la población,
5. Armonización de la provisión: capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud en forma equitativa y eficiente,
6. Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública^{15,16} definidas por la OPS, que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria.

En Chile, la función rectora la ejerce el Ministerio de Salud, y comprende las siguientes actividades:¹⁷

- La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud,
- La definición de objetivos sanitarios nacionales,
- La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios,
- La coordinación y cooperación internacional en salud,

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Oficina de la Subdirectora. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. “Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico”. Edición Especial N° 17. Washington, D.C.: OPS, 2007.

¹⁵ Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en Las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C.: OPS, 2002. Publicación Científica y Técnica N° 589. [Capítulo 6 disponible en línea: <<http://www.vcampuspaho.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/pdf/06--CH6--59-72.pdf>>]

¹⁶ Estas funciones esenciales de la Salud Pública son las siguientes: (1) Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, (2) Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública, (3) Promoción de la salud, (4) Participación de los ciudadanos en la salud, (5) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública, (6) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública, (7) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios, (8) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, (9) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos, (10) Investigación en salud pública y (11) Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.

¹⁷ Artículo 4° del D.F.L. N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469.

- La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.

Creación de recursos:

La segunda función de los sistemas de salud que revisaremos es la creación o generación de recursos.

En los sistemas de salud, existen tres insumos principales:

- los recursos humanos (capital humano),
- el capital de equipo, y
- los bienes fungibles.

Todos ellos se conjugan para la producción de intervenciones sanitarias.

Respecto del capital humano, la OMS¹⁸, considera la educación y la capacitación como inversiones claves por medio de las cuales se puede adaptar el acervo de capital humano y determinar los conocimientos y aptitudes con que se cuenta, siendo la educación y capacitación continua elementos necesarios para adaptar dichas aptitudes al progreso tecnológico y al conocimiento.

Pero si los establecimientos no funcionan adecuadamente y no se dispone de equipos de diagnóstico y tratamiento, además de medicamentos, poco importa la dotación y la excelencia del personal sanitario, ya que de todas maneras la prestación de servicios será ineficiente, por lo que resulta del todo relevante la existencia de políticas adecuadas de inversión y desarrollo en estos rubros.

Otros insumos, como los productos farmacéuticos y el equipo médico especializado, frecuentemente se enfrentan con barreras de acceso al mercado, bien sea por patentes, licencias, normas de fabricación, altos costos de inversión iniciales o de investigación científica, dándole a los fabricantes considerable poder de mercado para fijar precios. Ello exige que el Estado esté atento para intervenir, por ejemplo, a través de leyes antimonopolio, formularios nacionales, compras a granel o normas sobre el uso de fármacos genéricos.

Prestación de servicios:

La tercera función de los sistemas de salud, y que muchas veces se confunde con el propio sistema es la de prestación de servicios.

¹⁸ OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo, año 2000. op. cit.

Hay discusión entre los autores respecto del rol que debe jugar el Estado en esta materia. Para algunos, “bastaría con que el Estado asegure, por medio del sistema de seguridad social, el financiamiento para aquellas personas que no pueden acceder a estos servicios, y que la provisión sea efectuada por prestadores privados”.¹⁹

La provisión de servicios médicos constituye una actividad que requiere de información altamente especializada, ya que decisiones eficientes relacionadas a la producción de servicios requieren de información sobre las necesidades, preferencias, tecnología y disponibilidad de recursos. Un problema clave para alcanzar una adecuada coordinación y adaptación en las prestaciones de servicios médicos a las necesidades y cambios tecnológicos es que dicha información no se encuentra disponible al interior del aparato público.

Bajo determinadas condiciones, el mercado logra esta adecuada coordinación y adaptación a la vez que minimiza las demandas de información, ya que los precios sintetizan toda la información relevante.²⁰

Pero existen limitaciones para utilizar el mercado para la provisión de servicios de salud:

- Costos de transacción, esto es, los costos de utilizar el sistema de precios para llevar adelante una transacción,
- Existencia de información asimétrica entre las partes demandantes y oferentes de los servicios (e incluso entre estos y el ente financiador, según veremos más adelante),
- Costos hundidos en la inversión necesaria para la prestación de determinados servicios (infraestructura, equipamientos de alta tecnología y alto costo, etc.),
- Problemas de conectividad e inexistencia de redes de prestadores (para referencia y contrarreferencia),
- Problemas de economías de escala.

Dado que las prestaciones de salud tienen una dimensión espacial, y que la implementación de un hospital de cierta complejidad implica importantes inversiones en activos fijos, es posible que la demanda local no sea suficiente para agotar las economías de escala en la producción. En dichas circunstancias puede que no sea rentable la operación de un prestador de servicios con estas características, o que solo sea rentable la operación de un solo prestador. En

¹⁹ SANHUEZA, Ricardo. 1999. Burocracia Pública y Organización en Salud. Documento de Trabajo. Universidad de Chile. Citado por CASTRO F., Rodrigo. 2006. Desafíos del nuevo marco regulatorio del sector salud. Chile, Libertad y Desarrollo. 33 p.

²⁰ CASTRO, Rodrigo. 2003. op. cit.

cualquiera de estas situaciones se requerirá la acción del Estado ya sea regulando el precio y la calidad de las prestaciones, subsidiando la operación, o bien proveyendo directamente el servicio.

En el sistema público chileno, la articulación de la provisión de servicios por el Estado está en manos de la Subsecretaría de Redes. Sobre el particular, el artículo 8° del D.F.L. N° 1 de 2005 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, señala lo siguiente:

“Artículo 8°.- El Subsecretario de Redes Asistenciales tendrá 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”.

La prestación de servicios en nuestro sistema puede ser realizada por prestadores públicos y privados, que responden a dinámicas de producción muy distintas.

La Red Asistencial del Sector Público de Salud cuenta con un sector Municipalizado y otro dependiente de los Servicios de Salud. De estos sectores dependen establecimientos asistenciales de nivel primario, secundario y terciario.

Los establecimientos del nivel primario son: los Consultorios Generales Urbanos y Rurales, las Postas de Salud Rural y las Estaciones Médico Rurales. Si bien estos establecimientos son supervisados técnicamente por los Servicios de Salud, dependen de los respectivos municipios. También funcionan como establecimientos del primer nivel los Consultorios Generales adosados a Hospitales, que realizan actividades de promoción y prevención u otras correspondientes a la estrategia de atención primaria, pero en este caso dependen (son de propiedad) del respectivo Servicio de Salud.

Los establecimientos del nivel secundario y terciario son aquellos hospitales e institutos que ofrecen atención de especialidades y hospitalización, diferenciándose entre sí por el grado de complejidad de los servicios que prestan. Estos dependen directamente de los Servicios de Salud, según su ubicación geográfica.

En el nivel secundario deben incluirse los Centros de Referencia de Salud (CRS) y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT). Creados con el fin de potenciar la capacidad resolutoria de los consultorios, son centros de referencia para la atención especializada, policlínicos de especialidad situados fuera de los hospitales.

El sistema privado²¹, según datos de 2007, cuenta con 11.028 camas para 2,8 millones de cotizantes. Ofrece múltiples planes y seguros y prestaciones en clínicas, centros médicos y prestadores particulares.

La última función diferenciada de los sistemas de salud es la de financiamiento, que veremos a continuación.

Financiamiento:²²

La función de financiamiento según la definición de la OMS, es el proceso de recaudar ingresos y ponerlos a disposición del sistema. El propósito de esta función es, además de lograr la disponibilidad de recursos financieros, establecer incentivos financieros correctos a los prestadores para asegurar que todos los individuos tengan acceso a servicios de salud pública y a cuidados individuales efectivos.

Dentro de la función de financiamiento existen, en consecuencia, tres subfunciones, a saber:

- Recaudación,
- *Pooling* o mancomunidad, y
- Compra.

La recaudación de recursos es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero proveniente de los impuestos generales, las cotizaciones obligatorias para seguridad social en salud, las cotizaciones privadas voluntarias para aseguramiento de salud, el gasto de bolsillo y las donaciones.

El *pooling* o mancomunidad, se refiere a la acumulación y administración de los fondos de recursos recaudados con el fin de asegurar que el riesgo de tener que pagar por el cuidado de la salud recae en todos los miembros del *pool* y no en cada contribuyente de manera individual.

El proceso de compra consiste en el pago de dinero proveniente del fondo común a los prestadores de salud para que entreguen un conjunto (no necesariamente específico) de servicios de salud. Esta función puede realizarse de forma pasiva o estratégica. La utilización de incentivos corresponde a la compra estratégica de servicios por parte del *pool*.

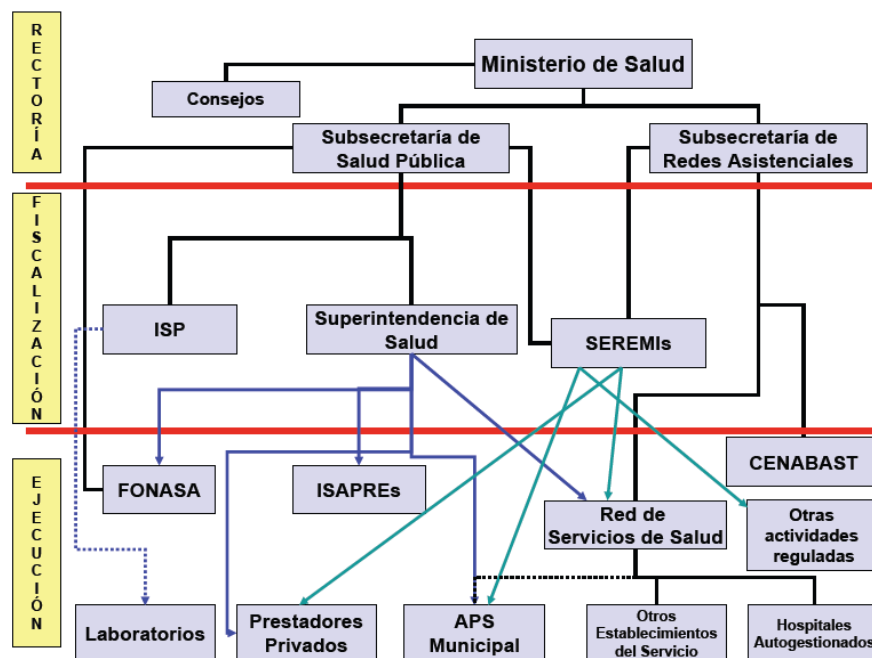
²¹ En esta parte seguimos el Informe de la Clasificadora de Riesgo Feller-Rate de noviembre de 2007. [Disponible en línea: <<http://www.feller-rate.cl/general2/corporaciones/lascondes0711.pdf>>]

²² Seguimos en esta parte a VERGARA, Marcos y MARTÍNEZ, María Soledad. Financiamiento del sistema de salud chileno. Salud pública Méx. 2006, Vol. 48, N° 6, pp. 512-521. [Disponible en línea: <http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000600010&lng=es&nrm=iso>]

En Chile, las fuentes de financiamiento predominantes del sistema son tres: aportes fiscales (32,1% en 2004), cotizaciones obligatorias a la seguridad social (37,5%) y gastos de bolsillo (30,4%), incluyendo seguros privados. En todo caso, será necesario estudiar si en Chile los gastos de bolsillo cumplen con condiciones básicas de protección social: a) que la distribución de los costos de la atención sanitaria no aumente la desigualdad de los ingresos; b) que las familias no gasten en tales atenciones más que un porcentaje determinado de sus ingresos (40% es el guarismo de uso común en OPS); c) que los costos de la atención sanitaria no lleven a las familias a la pobreza o a aumentarla; y, d) que no se exacerbren diferenciaciones en los estados de salud de los grupos sociales como consecuencia de insuficiencia de ingresos para asumir la atención sanitaria financiada con los gastos de bolsillo.²³

Para concluir esta parte introductiva, revisaremos la Figura 2, que contiene un esquema del sistema de salud chileno, luego del último proceso de reforma, en el que destacan la separación de funciones y el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, luego de las modificaciones legales.

Figura 2



Fuente: elaboración propia, siguiendo modelo del Dr. Fernando Muñoz²⁴

²³ Fondo Nacional de Salud (FONASA). 2007. Protección Social en Salud en Chile. [Disponible en línea: <http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/libro_proteccion_social_en_salud_en_chile.pdf>]

²⁴ MUÑOZ, Fernando. 2007. Priorización en salud en Chile - Garantía de Derechos en Salud para el Sistema de Protección Social. [Disponible en línea: <http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo.php?sub=346&cont=2139&cat=101>]

2.- Preguntas de investigación.

- a) ¿El Estado chileno ha desarrollado políticas públicas para promover la equidad en Salud?
- b) ¿Es equitativo el sistema de salud chileno desde la perspectiva del financiamiento?
- c) ¿Las políticas públicas desarrolladas por el Estado chileno han tenido algún efecto sobre la equidad en Salud?

3.- Objetivos generales y específicos.

3.1.- Objetivo General.

Esta tesis pretende describir la forma en que el Estado chileno desde los dos últimos gobiernos de la Concertación ha ejercido el rol que de acuerdo a organizaciones internacionales, como la OMS, deben desempeñar los estados para combatir la inequidad de los sistemas de salud, así como evaluar si dichas intervenciones han tenido efectos sobre la equidad del sistema de salud chileno en los últimos cinco años.

3.2.- Objetivos Específicos.

- a) Describir la forma en que el Estado chileno ha ejercido su papel para combatir la inequidad del sistema de salud.
- b) Analizar dicho rol a la luz de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, en especial desde la perspectiva del financiamiento.
- c) Determinar si las políticas públicas en Salud desarrolladas por los dos últimos gobiernos de la Concertación han tenido algún efecto sobre la equidad del sistema de salud chileno.

4.- Hipótesis.

Un sistema de salud como el chileno –fragmentado y segregador– requiere de la intervención activa del Estado para contrarrestar las inequidades que se producen, fundamentalmente por problemas de acceso y financiamiento.

Nuestra investigación abordará las acciones que han emprendido los dos últimos gobiernos de la Concertación tendientes a combatir la inequidad en salud y demostrará que los efectos que dichas acciones han tenido –traducidas en una serie de políticas públicas– han contribuido a combatir seriamente la inequidad del sistema de salud chileno.

II.- MARCO TEÓRICO.

Equidad en salud.

Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. A su vez, en virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”.²⁵

La Organización Mundial de la Salud, señala en el preámbulo de sus estatutos que “el beneficio de gozar de elevados niveles de salud es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de razas, religión, de credo político, condición social o económica”.²⁶

Pero, ¿qué debemos entender por elevados niveles de salud? La Organización de las Naciones Unidas realiza una interpretación a este respecto: “El concepto del ‘más alto nivel posible de salud’, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al

²⁵ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 2000. [En línea] [[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument)][Consultada con fecha: 10.12.2007]

²⁶ BERGEL, Salvador. Revista Latinoamericana de Bioética. 2007, 7 (12): 10-27. [En línea] [<http://www.umng.edu.co/docs/revbioetik/vol12/bergel.pdf>] [Recopilado con fecha: 26.11.2007].

disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.”²⁷

Luego, elementos como el acceso, la cobertura, el financiamiento y la provisión de servicios sanitarios inciden en los indicadores de salud de un país, los que en la medida que respondan a criterios de justicia, igualdad de oportunidades y redistribución hacia los menos favorecidos, provocan que dichos niveles de salud no muestren brechas significativas entre ricos y pobres. En suma, tales conceptos están vinculados a la equidad en salud.

Bergel discurre en este sentido, señalando que la “preocupación por la equidad en salud, surgida en los últimos años, parte del reconocimiento que la salud no es un simple problema individual relacionado con la carga biológica y el comportamiento, sino que ante todo depende de las circunstancias sociales y de una amplia gama de políticas públicas. (...)” y que la equidad en salud “se refiere a una aplicación casuística del principio de justicia que ratificando la igual dignidad de todos los hombres establece una igual accesibilidad a los cuidados de la salud, a través de la redistribución diferenciada; esto es atribuyendo más a quienes tienen menos y atribuyendo lo mismo a quienes se encuentran en iguales condiciones (...)”.²⁸

El principio de equidad en salud viene siendo –o tratando de ser– definido por la literatura en forma intensa en los últimos 25 años, desde el momento mismo en que el informe de Black *et al*²⁹ señalara que existía un estrecho vínculo entre pobreza, desigualdades y el estado de salud de las personas; sin que hasta el momento exista consenso entre los autores y los organismos internacionales respecto de una definición unívoca de él.

Para Frenz, la equidad en salud “es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Se puede definir como, la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediabiles en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente”.³⁰

Otros, como Sen sin definirla señalan que la equidad es un concepto multidimensional, que comprende “aspectos relacionados con el logro de la salud y la posibilidad de lograr buena

²⁷ ONU, op. cit.

²⁸ BERGEL, op. cit.

²⁹ BLACK, D. *et al*. Inequalities in health: a report of a research working group. London, DHSS. 1980.

³⁰ FRENZ, Patricia. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. 2006. [En línea] [<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantessociales.pdf>] [Recopilado con fecha: 25.11.2007]

salud, y no solo con la distribución de la atención sanitaria. Pero también incluye la justicia de los procesos y, por lo tanto, debe prestar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria. Además, un buen compromiso con la equidad en salud también necesita que las consideraciones sobre la salud se integren en los temas más amplios de la justicia social y de la equidad global, prestando suficiente atención a la versatilidad de los recursos y a las diferencias de alcance e impacto de los diferentes acuerdos sociales.”³¹

Para Yglesias, la equidad en salud “implica que cada uno debería tener una oportunidad justa de alcanzar un completo estado de salud y que ninguno debería estar en desventaja para alcanzar ese potencial. Este término tiene claras dimensiones morales y éticas; por tal razón, está en la agenda de política de salud de todos los países; pero las desigualdades e inequidades en salud entre los países no son entendidas de la misma manera a través del mundo”.³²

Ya antes Whitehead intentaba precisar este difuso concepto señalando que “la equidad relacionada específicamente con la sanidad implica que todo el mundo tenga las mismas oportunidades para realizar plenamente su potencial sanitario y, de manera más pragmática, que nadie esté en situación de desventaja para alcanzar ese potencial, si puede evitarse”.³³

Por otra parte hay quien señala que el principio de equidad se fundamenta en tres valores sociales: igualdad, cumplimiento de derechos y justicia, ahondando en el contenido de la igualdad, como veremos más adelante, al señalar que se asocia a la equidad desde dos puntos de vista, a saber, equidad vertical, es decir, el tratamiento igual para todos los integrantes de la sociedad, y la equidad horizontal, esto es, el igual tratamiento para *aquellos* individuos iguales, abriendo “la puerta a la tolerancia de tratamientos diferenciados, con el raciocinio de que los individuos y grupos son diferentes y pueden ser tratados en forma diferenciada sin ser ‘injusto’”.³⁴

³¹ SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública. 2002, 11 (5/6).

³² YGLESIAS, Arturo. Salud, Gobernabilidad y Retos Estratégicos en la Sub Región Andina. Serie documentos de trabajo Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. 2003. [En línea] [<http://epi.minsal.cl/evigant/Numero29/evigia/html/actual/LibroSaludGobernabilidad.pdf>] [Recopilado con fecha: 26.11.2007]

³³ WHITEHEAD, Margaret. Equidad y ética en la sanidad. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Comité Regional para Europa 44ª sesión, Copenhague, 12 a 16 de septiembre de 1994. Traducción del Ministerio de Sanidad y Consumo (España).

³⁴ MOKATE, Karen. Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir? En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). “Diseño y gerencia de políticas y

Este mismo razonamiento lo encontramos en Acuña, que nos señala que existen dos dimensiones de la equidad: “que los individuos con iguales necesidades de salud tengan iguales oportunidades de acceder a los mecanismos de satisfacción de esas necesidades (equidad horizontal) y que aquellas personas con necesidades de salud diferentes, tengan a su vez oportunidades diferentes de acceso a la satisfacción de sus necesidades de salud (equidad vertical)”.³⁵

De la revisión bibliográfica que hemos hecho hasta ahora, y siguiendo a Gwatkin³⁶ podemos concluir que el concepto de equidad es de carácter normativo, en el sentido de que depende de juicios de valor, ideologías u opiniones –y por tal se constituye en un valor y un principio *per se*– que se vincula al concepto de justicia social, traduciéndose en el área de la sanidad en el esfuerzo que debe hacer todo Estado por reducir las desigualdades en salud que se consideran injustas e innecesarias.

A nuestro juicio, la equidad es la justa distribución de las libertades, de las oportunidades y de los derechos civiles, políticos, sociales y culturales, lo que en el campo de la sanidad debe traducirse en políticas estatales centradas en disminuir las brechas que existan en los estados de salud de ricos y pobres y en las oportunidades que tengan éstos últimos para mantener su salud, trasladando el foco de la curación de la enfermedad a la promoción, mediante políticas públicas que comprendan el conjunto de los determinantes sociales, es decir, las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre su salud.

Equidad en salud y conceptos con los que se vincula: justicia, solidaridad y acceso.

Justicia.

Ningún trabajo que discorra sobre el concepto de equidad en salud puede abstraerse de comenzar el análisis revisando lo postulado por John Rawls, en su libro Teoría de la Justicia³⁷,

programas sociales”, junio 2000. [En línea] [<http://indes.iadb.org/verpub.asp?docNum=18445#>] [Recopilado con fecha: 25.11.2007]

³⁵ ACUÑA, María Cecilia. Exclusión, protección social y el derecho de la salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Marzo 2005. [En línea] [www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf] [Recopilado con fecha 25.11.2007]

³⁶ GWATKIN, Donald. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? En: Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (1). [En línea] [www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue1/bu0287.pdf] [Recopilado con fecha: 26.11.2007]

³⁷ RAWLS, John. Teoría de la Justicia. Fondo de Cultura Económica. Madrid, 1995. (2ª. Ed.), 549 p.

quien hace sinónimos los conceptos de justicia y equidad, idea central de nuestra tesis. Por tal, entiende un mundo social, en el que el ser humano se desenvuelve de manera en que todos comparten las ideas de rectitud y justicia, y reconocen la libertad, dignidad e igualdad propia y la de los demás, en sus relaciones políticas y sociales.

Rawls sostiene que es necesario considerar como objetos básicos del principio de justicia ciertos bienes que deben ser compartidos por todos y sin los cuales la justicia pura sería inalcanzable, a saber: las libertades básicas, la igualdad de oportunidades, derechos y prerrogativas, los ingresos y riquezas, y las condiciones sociales para el respeto de sí mismos y la dignidad, (a los que nosotros podríamos agregar el derecho a la salud o al bienestar físico y mental). Rawls, y en esto coincide con otros autores que revisaremos (Sojo; Sen), afirma que dichos bienes “habrán de ser distribuidos igualitariamente, a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos, en especial para los más necesitados”³⁸.

John Rawls construye dos principios sobre los cuales basar la noción de justicia social. A partir de una “posición original”, equivalente al contrato social de John Locke, sostiene que, en términos generales, la idea básica de la justicia es la ausencia de desigualdades arbitrarias. ¿Cuáles serían éstas en el campo de la salud colectiva? Un modo efectivo de distinguirlas podría ser detectarlas en función del desarrollo de cada sociedad, en la distribución de recursos y en el acceso a la salud.³⁹

En materia sanitaria, ha sido Norman Daniels quien ha intentado aplicar la teoría de Rawls sobre la justicia. En su opinión, la igualdad de oportunidades tiene otro bien primario de carácter subsidiario que es el derecho a la asistencia sanitaria. En tal caso podría hablarse de derecho a la justicia sanitaria, entendiendo por tal una “asistencia médica justa” que a su vez requiere la definición clara y precisa de “necesidades de asistencia”. Daniels las define desde el “funcionamiento típico de la especie”, que serían “todas aquellas desviaciones de la organización funcional natural de un miembro de la especie”.⁴⁰

³⁸ RAWLS, John. Op. Cit.

³⁹ LAVADOS, Claudio y GAJARDO, Alejandra. El Principio de Justicia y la Salud en Chile. Acta bioethica. 2008, vol.14, n.2, pp. 206-211. [Disponible en línea: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200011&lng=es&nrm=iso>]. [Recopilado con fecha 02.12.2009]

⁴⁰ DANIELS, Norman. Just Health Care. Cambridge, Cambridge University Press, 1985, p. 28, citado por GRACIA, DIEGO. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?: principios para la asignación de recursos escasos. Boletín

En este sentido, la expresión activa de la equidad significa promover la disminución de las brechas en los indicadores de salud que diferencian a los grupos sociales mediante la acción sobre determinantes sociales, económicos, tecnológicos y culturales que afectan a los grupos más desfavorecidos. La estrategia es identificar las brechas de equidad en salud y analizar sus causas, y para ello debemos tener presente que equidad implica crear igualdad de oportunidades en salud y llevar las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

La equidad en el acceso a la atención de salud, eficacia en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud, y eficiencia en el uso de los recursos disponibles son los objetivos centrales de la reforma de nuestro actual Sistema de Salud.

Esta concepción de justicia, basada en el modelo de Rawls, es aplicable a la salud en la medida en que se establezcan cuáles son las necesidades en salud que deben considerarse como bienes primarios y, por lo tanto, que deban ser garantizados para todos por igual.

La justicia se entiende así como principio ético básico en un área donde las necesidades son múltiples y se cuenta con recursos escasos para poder garantizar un nivel mínimo de salud que abarque toda la sociedad, independiente de la patología que lo afecte.

El desafío radica en que el sistema público de salud pueda cumplir con los plazos establecidos por el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) sin menoscabar la atención que se brinda al resto de los usuarios. Este punto ha sido objeto de gran polémica en la sociedad chilena, puesto que existen posiciones antagónicas entre sus actores más importantes, que van desde afirmar que las atenciones prioritarias de los beneficiarios del Régimen GES no causan detrimentos en el acceso a atenciones médicas de pacientes con otras patologías, hasta señalar que la implementación del Régimen GES significó crear un sistema discriminatorio.⁴¹

Solidaridad.

El principio de solidaridad postula, en función de la equidad, que aquellos usuarios que posean iguales necesidades tengan igualdad de oportunidad en el acceso a los servicios de salud, en tanto que sus aportes, sea mediante contribuciones a la seguridad social o mediante impuestos, se ajusten al ingreso. Por otra parte, que se asignen iguales recursos a iguales necesidades en

de la Oficina Sanitaria Panamericana; 108(5-6):570-601, 1990. [Disponible en línea: <<http://www.bibliomed.com/biblioteca/paho/bioetica/Cap23.pdf>>][Recopilado con fecha 02.12.2009]

⁴¹ LAVADOS, Claudio y GAJARDO, Alejandra. Op. cit.

salud, y se brinde una atención diferencial a grupos con más desventajas o con necesidades específicas.⁴²

Si recogemos las palabras de la ex Ministra de Salud y actual Presidenta de Chile, Dra. Michelle Bachelet, una de las expresiones de la solidaridad en salud es “establecer criterios donde haya solidaridad entre las distintas personas: que los jóvenes solidaricen con los viejos, los ricos con los pobres y los sanos con los enfermos. Esa es la única manera de que podamos avanzar efectivamente hacia una mejor salud para todos”.⁴³

Amén de las dos conceptualizaciones que acabamos de refrendar, cuesta encontrar en la literatura una percepción clara sobre qué debemos entender por solidaridad en salud, sin embargo Titelman y Uthoff nos permiten formarnos una idea clara sobre la significación que la solidaridad en salud impone a los sistemas de salud: “En un contexto de seguros sociales, independientemente de si son gestionados por administradores públicos y/o privados, tienen que conciliar las funciones de aseguramiento con las de distribución para poder avanzar hacia la universalidad de la cobertura. El costo de la prima por afiliado no debe estar basado en riesgos que reflejen factores individuales como por ejemplo edad, sexo, o historial médico, sino en riesgos colectivos que consideren al conjunto de la población. Esto lleva a implementar subsidios para cubrir el costo de las primas. Esto permite que las personas puedan acceder a los beneficios que ofrecen los seguros independientemente de sus riesgos individuales y de su capacidad de pago.”⁴⁴

Complementan estas visiones y conceptos sobre la solidaridad, analizándola desde la perspectiva económica y social Holst y Wiebe, quienes plantean que “en términos económicos, los mecanismos de solidaridad, especialmente aquellos implementados en sistemas de seguridad social, contribuyen a la estabilización de la demanda, al crecimiento del mercado interno y a la

⁴² SOJO, Ana. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie Políticas sociales N° 39. Chile, Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2000.

⁴³ BACHELET, Michelle. La reforma de salud está en marcha y no se posterga ni se detiene. 2001. Citada por PARADA, Mario. Solidaridad en el financiamiento de la salud. Cuadernos Médico Sociales. Chile, 2005; 45: 138-143. [En línea] [http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/45_2.pdf] [Recopilado con fecha: 10.12.2007]

⁴⁴ TITELMAN, Daniel y UTHOFF, Andras. Incertidumbre económica, seguros sociales, solidaridad y responsabilidad fiscal. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 134. 2003. [En línea] [<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/12715/P12715.xml&xsl=/ues/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>] [Recopilado con fecha: 10.12.2007]

formación de capital. En términos sociales, los mecanismos solidarios contribuyen a la mitigación de la pobreza, a una sociedad más justa y equitativa, a la seguridad, y a una armonía y cohesión social”.⁴⁵

Luego, reiteran un criterio común de los conceptos que ya habíamos revisado, esto es, que la solidaridad implica redistribución de recursos entre ricos y pobres, entre sanos y enfermos, entre jóvenes y mayores de edad, entre personas económicamente activas e inactivas, etc. Sostienen que un criterio esencial del principio de solidaridad “es basar la contribución de las personas en su capacidad económica garantizando que la cotización sea proporcional al ingreso e independiente del riesgo individual, y garantizando el acceso a los beneficios de acuerdo con la necesidad, posiblemente ofreciendo un paquete idéntico de prestaciones para todos los beneficiarios. Esto tiene que complementarse por medidas que van dirigidas a disminuir la selección de riesgos y el ‘descreme de mercados’.”⁴⁶ Finalizan su análisis señalando que no se pueden alcanzar estos objetivos sin una fuerte regulación estatal que limite el accionar de las aseguradoras.

Para Ana Sojo⁴⁷ la solidaridad en salud puede expresarse fundamentalmente por dos vías. Por un lado, mediante el presupuesto público, cuando el financiamiento que asegura la solidaridad entre grupos de ingreso o riesgo proviene de impuestos directos e indirectos de la Nación o de entidades subnacionales.

La otra vía, señala, son las contribuciones obligatorias a formas de aseguramiento universal, estableciendo subsidios cruzados entre estratos de ingreso y grupos de riesgo, y de toda la comunidad a grupos específicos.

Por último señala que a pesar de que el sistema de salud chileno se nutre de cotizaciones obligatorias, el sistema público es solidario, mientras que el sistema ISAPRE opera con una lógica de seguros individuales privados, por lo que efectúan selección (discriminación) por riesgo.

⁴⁵ HOLST, Jens y WIEBE, Nicola (Editores). Universalidad con solidaridad. 2004. [En línea] [<http://www.gbv.de/dms/zbw/39762199X.pdf>] [Recopilado con fecha: 05.12.2007]

⁴⁶ HOLST, Jens y WIEBE, Nicola (Editores), op. cit.

⁴⁷ SOJO, Ana. 2006. La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. México, CEPAL. 55 p.

Acceso.

Establecer condiciones equitativas de acceso a los servicios y prestaciones de salud es un rol inexcusable de los sistemas de salud, y se traduce en múltiples aspectos, desde construir estructuras que garanticen la cobertura de todos los sectores de la población, resguardando por ejemplo que la distancia a los centros de salud no haga imposible que las poblaciones rurales o aisladas accedan a ellos, hasta procurar que la atención sanitaria sea intercultural en aquellas regiones en que exista población indígena que no domine el idioma oficial del país, y que en todo caso, la calidad de las prestaciones sanitarias esté fijada en base a estándares comunes que deben ser definidos por la autoridad sanitaria y ser susceptibles de fiscalización por instituciones autónomas, como las superintendencias, tal como ocurre en Chile.

En este sentido, Tobar *et al* definen la equidad en el acceso a los servicios de salud como: “la posibilidad de recibir atención en cualquier episodio de enfermedad, y de cualquier nivel de complejidad, sea equivalente para todos los ciudadanos.”⁴⁸

Complementa esta concepción Vargas *et al* quienes señalan que la igualdad de acceso “debería interpretarse como la igualación de los costes en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad (...). Según esta definición, se considerarían como costes de acceso: los precios de los servicios, los costes de transporte y el coste del tiempo.”⁴⁹

Para reforzar la convicción de la necesidad de intervención estatal para introducir criterios de equidad, podemos señalar que incluso autores liberales en materia de mercados estiman que debido a las características propias del mercado de la salud dicha acción estatal se justifica.

Así, encontramos a Ferreiro⁵⁰ y Castro⁵¹ quienes coinciden en que “no sólo las innegables fallas que han hecho del sector salud casi un ejemplo de mercado imperfecto, justifican la intervención estatal por vía de la regulación, cuando no la gestión directa de la oferta. Aún

⁴⁸ TOBAR, Federico et al. Modelos equitativos de distribución de recursos sanitarios. 2001. [En línea] [<http://www.opas.org.br/servicio/Arquivos/Sala5205.pdf>] [Recopilado con fecha: 25.11.2007].

⁴⁹ VARGAS, Ingrid; VÁSQUEZ, María Luisa; JANÉ, Elisabet. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cadernos de Saúde Pública*. Río de Janeiro. 2002, 18 (4): 927-937. [En línea] [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000400003] [Recopilado con fecha: 26.11.2007].

⁵⁰ FERREIRO Y., Alejandro. 2000. El Papel de las Superintendencias en la Regulación de seguros de salud. Chile, OMS. 15 p.

⁵¹ CASTRO F., Rodrigo. 2006. Desafíos del nuevo marco regulatorio del sector salud. Chile, Libertad y Desarrollo. 33 p.

cuando el mercado de la salud satisficiera las exigencias teóricas del mercado perfecto, la intervención del Estado sería igualmente necesaria ante la convergencia de dos factores fundamentales: el carácter meritorio de la salud y su alta externalidad positiva, y la desigual distribución inicial de recursos en la sociedad que impide que todas las necesidades reales de las personas en el ámbito de la salud se expresen como demanda solvente en el mercado.

En consecuencia, a las fallas de mercado ampliamente estudiadas y reconocidas, se une la necesidad social de proveer acceso oportuno a las atenciones de salud preventivas y curativas a quienes, necesítndolas, carecen de los recursos propios para financiarlas autónomamente. Esta brecha entre las necesidades y la capacidad autónoma de pago de las personas, expresada en el desafío de aumentar la equidad social en salud, explicaría, incluso en la hipotética presencia de mercados perfectos, la necesidad de intervención o regulación estatal de los mercados de la salud, ya sea mediante la provisión directa de las atenciones de salud que se definan o mediante mecanismos de subsidio a la demanda que involucren la definición regulatoria de las condiciones del bien o servicio cuya demanda se subsidia”.

La equidad como objetivo central de los sistemas de salud.

Perseguir la equidad debe ser el objetivo central de los sistemas de salud, especialmente en Latinoamérica, y representa un desafío que debe comprometer a toda la seguridad social de un país.

Ello, por cuanto, como nos señala Acuña la inequidad “en la distribución de los bienes y oportunidades de salud y en la utilización de los servicios de salud se manifiestan la existencia de grupos de personas que no pueden disfrutar de dichos bienes, servicios y oportunidades, es decir, se encuentran excluidos del acceso a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. La exclusión en salud representa la negación del derecho a la salud para estas personas”.⁵²

El desafío de los sistemas de salud, nos dice Whitehead, “consiste en construir estructuras que garanticen la cobertura de todos los sectores de la población y no sólo de los subgrupos más prósperos, y en adoptar un enfoque preventivo que garantice la atención de los grupos desfavorecidos. Han de considerarse, por tanto, minuciosas cuestiones referentes al acceso, la calidad y la aceptabilidad de los servicios para todos los sectores de la población”⁵³, lo que

⁵² ACUÑA, op. cit.

⁵³ WHITEHEAD, op. cit.

redunda en que tales sistemas deban tener como objetivo prioritario disminuir las inequidades que afectan a la población de menores recursos.

Por ello, el papel de la seguridad social en la protección social en salud es reducir la inequidad, a través de la desvinculación entre aportes o cotizaciones y los beneficios recibidos por los aportantes. En América Latina la seguridad social tiene como desafío universalizar el aseguramiento y su cobertura, prestando especial atención a la sostenibilidad financiera de los sistemas. Para lo cual resulta imprescindible incorporar la solidaridad (de riesgo, intergeneracional y de ingresos) en su financiamiento.

La equidad y su vinculación con el financiamiento y el aseguramiento.

En los países “con sistemas de salud altamente segmentados, el financiamiento público para salud es en general reducido, el gasto privado en salud es elevado y corresponde casi totalmente a gasto de bolsillo y las coberturas de atención en salud por el sector público son bajas.”⁵⁴

Otro aspecto relevante de dicha magnitud de gasto público es su progresividad, esto es, que se distribuya en los grupos más desfavorecidos de la población para garantizarles el acceso a la salud, y ello incide directamente en la menor proporción del gasto de bolsillo que estos grupos deben destinar de su presupuesto.

Acuña señala que para abordar el problema de la equidad en salud, desde el ámbito de la rectoría del sistema, el desafío “consiste en posicionar la extensión de la protección social en salud en el centro de la agenda política gubernamental, con el aporte de todos los actores relevantes. En el ámbito del financiamiento, el desafío consiste en organizar solidariamente las diferentes fuentes de financiamiento para permitir abordar los requerimientos en salud de la población –tanto de servicios de salud personales como de los no personales– con criterios de equidad y sostenibilidad. Aunque esta estrategia debe ser diseñada dentro del marco de las políticas macroeconómicas y sociales de cada país, el mecanismo de fondos unificados con regulación pública, control social y obligación de rendir cuentas que recauden el financiamiento procedente de impuestos, cuotas y otras fuentes, y los asigne con criterios de equidad, parece

⁵⁴ ACUÑA, op. cit.

favorecer la sostenibilidad financiera, la eficiencia en el manejo y la reducción de la exclusión social en salud.”

En el ámbito del aseguramiento en salud, el desafío para los sistemas de salud consiste en encontrar el “balance adecuado” entre los esquemas de aseguramiento obligatorio de financiación pública o solidaria, como el español y esquemas de financiación privada, como el chileno. Radical importancia tiene evitar los costos de transacción y los riesgos de inequidad derivados de los esquemas segmentados, muy fragmentados y débilmente regulados que hoy prevalecen en numerosos países de Latinoamérica, entre los que se cuentan el descreme del mercado y la selección adversa, situaciones que se dan en Chile, donde las Instituciones de Salud Previsional – ISAPRE– han logrado desplazar a los sujetos de mayor riesgo (por ejemplo, los de mayor edad) y los menos atractivos desde el punto de vista de la rentabilidad (por ejemplo, los de menores ingresos) hacia el sistema público (Fondo Nacional de Salud –FONASA–), reteniendo al segmento más rentable del mercado.

En una perspectiva de equidad, tanto la provisión pública como la privada deben garantizar que el derecho de las personas a la salud no dependa de sus condiciones de salud o de sus pagos, y que sus contribuciones se ajusten a sus ingresos: como bien público, debe estar a disposición de todos. De allí la relevancia de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, que a su vez se armonizan con el de equivalencia en la escala global del sistema de financiamiento y aseguramiento.⁵⁵

Aseguramiento y financiamiento de las prestaciones de salud en Chile. Una mirada a los subsistemas público y privado.

En la literatura es posible distinguir distintos métodos de clasificación de los sistemas de salud según dos grandes criterios: modelos de gestión (tipos ideales) y modelos de financiación (modelo de Evans). Veremos cada uno de ellos a continuación.

Tipos ideales de sistemas de salud:⁵⁶

⁵⁵ SOJO, op. cit.

⁵⁶ TOBAR, Federico. Herramientas para el análisis del sector salud. 2000. Fundación ISALUD. Argentina. [Disponible en línea: <http://www.isalud.org/html/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF>] [Recopilado con fecha 4 de abril de 2008]

a) Modelo Universalista: Este modelo se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Con frecuencia en su financiación existen otras fuentes además de los impuestos, como el pago directo de los usuarios y otros aportes, y lo mismo sucede en su organización y gestión, que está tomando formas más participativas y comunitarias. No obstante, siguen siendo básicamente estatales en su financiación, organización y gestión. En comparación con los otros este modelo privilegia la función del Estado como proveedor.

b) Modelo del seguro social: El concepto de seguro social implica un seguro del cual los participantes no se pueden sustraer, es decir, donde la participación es compulsiva. Este modelo destaca las características básicas del sistema desarrollado en Alemania, y se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. En comparación con los otros modelos este privilegia la función del Estado como financiador y regulador

c) Modelo de Seguros Privados: En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública, si bien esta tendencia se está revirtiendo. La situación real más aproximada a este modelo es la de los Estados Unidos de América, donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación. En comparación con los otros modelos este el modelo de seguros privados limita la acción del Estado a una escasa regulación.

d) Modelo asistencialista: La concepción liberal clásica plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial. De forma inversa que en el modelo universalista,

desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos. El denominado “Estado Mínimo” sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y carenciados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.

Clasificaciones de los sistemas de salud basadas en la financiación (Modelo de Evans):

Robert Evans⁵⁷ definió los sistemas de salud por medio de subsistemas de financiación, pago y regulación. Nos concentraremos aquí solo en los dos primeros.

Los subsistemas de financiación se dividen en aquellos con fuente de financiamiento pública u obligatoria y aquellos con financiamiento privado o voluntario. Los subsistemas relativos al pago por los servicios de salud adquieren cuatro formas distintas:

- desembolso directo de las personas sin seguro,
- desembolso directo con reintegro por seguro,
- pago indirecto por parte de terceros mediante contratos,
- pago indirecto por parte de terceros, bajo presupuesto o salario, dentro de organizaciones con integración vertical.

De la combinación de las dos fuentes de financiamiento con cada uno de los cuatro modelos de pago a prestadores surgen ocho combinaciones de financiación y pago. Sin embargo, una de ellas, aunque existe como alternativa lógica, no se verifica en la práctica. Se trata del pago obligatorio con desembolso directo sin seguro. Por lo tanto, los siete modelos restantes son:

1. Modelo voluntario, de desembolso directo
2. Modelo voluntario de reintegro (a pacientes)
3. Modelo público de reintegro (a pacientes)
4. Modelo de contrato voluntario
5. Modelo de contrato público
6. Modelo de integración vertical voluntario

⁵⁷ EVANS, Robert. 1981. Incomplete Vertical Integration: the Distinctive Structure of the Health-Care Industry, en: Health, Economics and Health Economics. VAN DER GAAG, y PERLMAN (Editores). Ámsterdam.

7. Modelo de integración vertical público.

En el esquema de Evans las formas de pago a los profesionales se dividen en:

- pago por cada acto médico;
- capitación (pagos por cada cliente registrado o afiliado por período de tiempo);
- y salario (pagos por cada período de tiempo).

Los dos primeros métodos pueden describirse como relacionados a la producción o como que permiten que “el dinero siga al paciente”, aunque esto tiene mayor validez para el sistema de pago por acto médico que para el sistema capitado.

Y los métodos de pago a los hospitales se dividen en:

- pago por caso;
- pago por día; y
- presupuestos globales prospectivos.

Nuevamente, los dos primeros métodos pueden ser descriptos como relacionados a la producción o como que permiten que “el dinero siga al paciente”.

Finalmente, los proveedores de atención se dividen en:

- profesionales e instituciones independientes; y
- empleados e instituciones públicas.

Esta última distinción, sin embargo, se diluye cuando se trata de médicos funcionarios que retienen su autonomía profesional.

Veremos a continuación cómo se configuran las opciones de aseguramiento y financiamiento en nuestro país.

Aseguramiento y cobertura.⁵⁸

Chile ha desarrollado un sistema mixto (público-privado) que actualmente cubre al 88% de la población. Cabe notar que los miembros, activos y en retiro, de las Fuerzas Armadas y demás instituciones de seguridad pública, disponen de una institucionalidad propia en cuanto a protección social que incluye tanto los seguros de salud como los previsionales.

⁵⁸ Seguimos en esta parte el documento La Protección Social en Salud en Chile (2007) del Fondo Nacional de Salud. [Disponible en línea: <http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/libro_proteccion_social_en_salud_en_chile.pdf>] [Recopilado con fecha: 11 de abril de 2008]

La legislación chilena establece la cotización obligatoria a la seguridad social a los trabajadores que tienen una relación de dependencia –incluidos los contratados por turnos o jornadas, obra o faena– que cotizan el 7% de su remuneración imponible para salud y que tienen el derecho a optar entre el seguro público (FONASA) y los seguros privados (ISAPRE).

¿Quiénes no tienen Seguridad Social en Salud en Chile?

De acuerdo a las cifras de FONASA y de la Superintendencia de Salud, en 2005 hubo alrededor de un millón 900 mil personas que no tuvieron cobertura de la seguridad social.

La proporción de los no trabajadores sin protección es menor que entre los propios trabajadores. En efecto, del total de personas sin seguridad social sólo el 43% no trabajan. Esta es una evidencia de que, en el marco del sistema actual, las relaciones laborales no aseguran protección social.

Al observar las actividades que estas personas realizan se colige que el 34% son estudiantes, por lo que un seguro que cubra a estos jóvenes durante las 24 horas asociado a FONASA podría reducir de manera significativa la desprotección en Chile. En cambio, las personas menores de 12 años y quienes ejercen quehaceres del hogar, probablemente, pueden ser afiliados mediante un mejoramiento de la protección social a trabajadores dependientes e independientes.

El 43% de los trabajadores que no dispone de cobertura en salud pertenecen al sector de servicios incluyendo las actividades de comercio y los servicios comunales, sociales y personales. Por otra parte, la agricultura y la construcción, aportan juntos un 29% adicional a los trabajadores sin previsión, pero también hay numerosos trabajadores de las industrias que no disponen de protección social en salud.

Pese a lo que se cree, tampoco son los trabajadores independientes (por cuenta propia) quienes mayoritariamente están desprovistos de seguridad social. Estos, sólo representan el 39% del total de trabajadores sin previsión en salud. Mientras que los empleados u obreros del sector privado constituyen el 43% del total de trabajadores sin previsión. Esto da cuenta de una importante informalidad en las relaciones laborales y, el no respeto a las obligaciones sociales como base de la desprotección en salud.

El problema principal, para efectos previsionales, es que, como consecuencia de la globalización, se ha desarrollado una amplia gama de actividades laborales que no tienen

situación de dependencia como se ha desglosado en la sección anterior. En el caso, aún de los trabajadores dependientes (asalariados), se complica la adscripción a la seguridad social por la existencia de trabajadores temporales que, por las propias características del sistema, aumentan sistemáticamente y por la elusión que se hace a través de subcontratación, especialmente en las empresas de mayor tamaño.

Tradicionalmente, era reconocido el carácter estacional, o al menos intermitente, de los trabajos en la construcción, a lo cual se agregan crecientemente en Chile, los empleos temporeros asociados a la producción frutícola y pesquera.

Para evitar la exclusión de estos trabajadores, en primer lugar, el FONASA desde 2004 determinó que a los trabajadores dependientes con contrato temporal por obra o faena que registran al menos 4 meses de cotizaciones en los últimos 12 meses y a los trabajadores dependientes con contrato temporal, por turnos jornadas diarias, contratados diariamente y que registran al menos 60 días de cotizaciones en los últimos 12 meses se les garantizara su afiliación a FONASA durante 12 meses, contados a partir de la última cotización registrada al momento de su acreditación.

En efecto, a diciembre de 2006, el FONASA había registrado 362.284 temporeros y 319.212 personas que están cubiertas en calidad de cargas de estos temporeros.

En segundo lugar, pueden acceder a la seguridad social en salud los trabajadores por cuenta propia y los empresarios que pueden optar por esta modalidad bajo forma voluntaria. De hecho, en ambos subsistemas aseguradores los beneficiarios en la modalidad de independientes alcanzan al 2,7% del total de afiliados a junio de 2006 (107.614 en FONASA y 40.245 en las ISAPRE). El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) registra a 1.531.517 personas en la categoría ocupacional de trabajadores por cuenta propia que representan el 23,8% de los ocupados a diciembre de 2006. En este segmento, como se dijo, se ubican numerosas personas que no están afiliadas a la seguridad social. Además como el seguro público de salud establece una restricción adicional que consiste en que estos trabajadores, para afiliarse, necesitan simultáneamente cotizar para la previsión social (jubilación), requisito que no se establece en las aseguradoras privadas, entonces muchos de entre ellos se inscriben como indigentes en el Fonasa.

En tercer lugar, pueden afiliarse automáticamente al seguro público los trabajadores cesantes, que reciben subsidio de cesantía otorgado por la municipalidad de la comuna de

residencia del interesado y los beneficiarios del seguro de cesantía que está vigente sólo desde el 1° de octubre de 2002 y que cuenta con cerca de 4,5 millones de afiliados (según datos de la Administradora de Fondos de Cesantía –AFC– para 2006). De entre los cesantes avalados por los registros comunales y los cesantes provenientes del seguro, se encontraban, a diciembre de 2006, beneficiando de los servicios de FONASA 13.189 y 170.879 personas, respectivamente, incluyendo cotizantes y cargas.

Finalmente, también tienen cobertura las personas que reciban algún tipo de pensión de algún sistema previsional y que destinan el 7% de su cotización de salud al seguro.

Por otra parte, en la calidad de beneficiarios no cotizantes de FONASA se encuentran:

- Las cargas familiares de los cotizantes, que cumplan con los requisitos de la Ley (DFL N° 150 de 1981 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social⁵⁹). Esta condición también es válida en el seguro privado.
- Beneficiarios de Pensiones Asistenciales de invalidez y ancianidad (PASIS).
- Personas con deficiencia mental a que se refiere la Ley 18.020, cualquiera sea su edad, siempre que no sea causante de subsidio familiar.
- La mujer embarazada, que no tiene previsión, hasta el sexto mes del nacimiento del hijo.
- Causantes del Subsidio Único Familiar (SUF). Este subsidio es entregado por las Municipalidades a los menores de 18 años de edad, a la mujer embarazada y a los causantes discapacitados mentales de cualquier edad, que no perciban una PASIS.
- Personas carentes de recursos que representaron en 2006 el 34% de los beneficiarios del seguro público (3.939.400 personas).

Es necesario precisar que, de acuerdo a otras estadísticas (Mideplan 2007) la indigencia, entendida como personas que perciben mensualmente ingresos menores que la mitad del valor de la canasta básica, representaba solamente el 3,2% de la población y los demás pobres (menos que la canasta básica, pero al menos la mitad de ella) alcanzaron a 10,5%. Entonces, los pobres (incluyendo indigentes) en Chile se aproximan a los 2,5 millones de habitantes. En realidad, el seguro público chileno de salud acepta como carentes de recursos a cualquier persona que no

⁵⁹ Que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de las normas sobre sistema único de prestaciones familiares y sistema de subsidios de cesantía para los trabajadores de los sectores privado y público, contenidas en los decretos leyes números 307 y 603, ambos de 1974.

tiene un ingreso estable. Para evitar abusos, en los últimos años, se desplegó una investigación entre las diferentes bases de datos del Estado a fin de que se controlara esta situación. Esto permite, por ejemplo, que personas que están registradas en el Servicio de Impuestos Internos como contribuyentes debido a ingresos declarados no puedan acceder a la categoría de carentes de recursos en FONASA.

Cabe destacar que el mayor esfuerzo para lograr universalidad de acceso se le ha exigido al Estado ya que la tendencia de afiliación a los seguros privados da cuenta de una política deliberada de selección de cartera mediante diferentes criterios. Efectivamente, las ISAPRE han bajado el número de afiliados en 31% entre 1997 y 2005 lo que obedece a la selección o “descreme” de mercado que se manifiesta por la constante alza de los planes de quienes tienen enfermedades crónicas o preexistentes; quienes tienen mayor edad; o quienes tienen menores ingresos.

La universalidad de la cobertura.

Los sistemas de salud públicos en los países otorgan universalidad formal de acceso a la salud a toda la población, esto es, que no hay exclusión para las personas inscritas en el seguro público ante ninguna condición (étnica, de ingresos, de sexo u otras). Sin embargo, en la realidad, la exclusión se produce por la vía de las listas de espera, por la menor calidad (aparente o real de las prestaciones) y por los requisitos financieros que se solicitan, especialmente, para intervenciones complejas (quirúrgicas y/o catastróficas). En otras palabras, la oportunidad, la calidad y el financiamiento son las variables de ajuste que restringen el acceso real a las prestaciones en tiempo oportuno.

En esta perspectiva, el establecimiento de garantías explícitas de oportunidad para 56 problemas de salud incluidos en el Régimen GES vigente en Chile desde 2005 y que se ampliará a 80 problemas hacia 2010, coloca exigencias hacia los prestadores públicos y privados, los cuales están sometidos a plazos perentorios, definidos de acuerdo a criterios sanitarios, para otorgar al paciente las prestaciones mínimas (el indicador de calidad actualmente vigente) que permiten obtener resultados clínicos.

Las exigencias de atención que plantea el Régimen GES en cada uno de los 56 problemas ha tensionado, sin duda, el sistema de salud, razón por la cual la propia Reforma creó la

Subsecretaría de Redes en el Ministerio de Salud que debe asegurar que los recursos humanos, de infraestructura y de transporte sean los adecuados para estas necesidades.

Aseguramiento y financiamiento.

La teoría del aseguramiento es simple puesto que se trata de evitar desembolsos repentinos, enormes e imprevistos mediante el pago de primas permanentes a empresas especializadas, las cuales, a su vez distribuyen los costos a partir de probabilidades de incidencia de los fenómenos que se aseguran entre múltiples participantes del seguro.

Las características del fenómeno a cubrir son decisivos para evaluar el riesgo y, en consecuencia, el valor de la prima. A mayor riesgo (probabilidad de ocurrencia), por cierto, más alta es la prima en relación al monto probable de la cobertura. Pero, también ocurren en el caso de salud, diferentes imperfecciones de mercado que pueden “obscurer” el cálculo actuarial. En efecto, hay asimetrías de mercado que pueden ocurrir si los pacientes ocultan preexistencias o enfermedades crónicas lo cual subvalora la demanda real, o bien, puede haber riesgo moral por demanda inducida desde los proveedores, entre otras.

La complejidad del bien salud en cuanto a cómo evaluar el monto a asegurar no termina aquí pues los costos globales del pago de una póliza son indeterminados porque el costo de un tratamiento no se asemeja al costo de reposición de los daños ocasionados, por ejemplo por un incendio, que están claramente definidos. De este modo se produce la paradoja de que los límites en el aseguramiento privado de la salud acarrear desprotección para gastos médicos elevados, precisamente aquellos contra los cuales resultaría más atractivo asegurarse.

En el caso de la salud, los seguros privados pueden resultar ineficientes, costosos y, aún así, no cubrir la totalidad de los riesgos de salud. En realidad, los países han tendido a converger hacia una combinación en el financiamiento de la salud entre aportes públicos (del presupuesto general del Estado) y privados (de las personas directamente o a través de seguros privados). Las cotizaciones obligatorias de la seguridad social se contabilizan como aportes públicos en tanto su obligatoriedad les asemeja a los impuestos.

Estructura del financiamiento de la Salud en Chile.

En el caso de Chile se puede verificar una estructura basada en el carácter mixto (público y privado) del sistema asegurador y prestador de salud.

En cuanto a la distribución de recursos entre el seguro público y los seguros privados, el Cuadro 1 da cuenta de una severa inequidad entre los recursos disponibles en ambos casos. En efecto, el gasto per cápita de las aseguradoras privadas es de 122% superior al del seguro público alcanzando a alrededor de 557 dólares de EE.UU. anuales. Por su parte, FONASA alcanza a 251 dólares. Es muy significativo que esta relación se reduce gracias al aporte fiscal, puesto que si sólo se considerasen las cotizaciones que hacen los trabajadores y pensionados, la diferencia entre sector público y privado se amplía a 4,1 veces.

Por lo demás, las aseguradoras privadas han ido incrementando sistemáticamente los aportes voluntarios adicionales de sus afiliados de tal modo que ellos constituyen en la actualidad aproximadamente el 26% de sus ingresos totales. Esta estrategia ha ido aumentando la segmentación del mercado de la salud toda vez que, por las mismas razones como lo indica el Cuadro 1, en el período analizado (2000-2006) se han reducido los cotizantes en 400 mil personas en las ISAPRE mientras que el seguro público aumenta sus afiliados en un millón 300 mil personas.

En Chile, considerando la importancia del Régimen GES, el Estado tuvo que hacer esfuerzos decisivos para asegurar las garantías de los problemas cubiertos. Dicho Régimen sólo ocupa el 23% del presupuesto general sectorial destinado a prestaciones. Por otra parte, como se observa en el Cuadro 2, los aportes globales al presupuesto de salud en los últimos cinco años han aumentado en 58%, justamente para solventar los nuevos requerimientos de este Régimen. Lo que es más importante es que los aportes adicionales absolutos realizados por el Fisco entre 2001 y 2006 (627.000 millones de pesos) han sido ampliamente suficientes para financiar la totalidad del Régimen GES y, además, restan excedentes para resolver otros acuciantes problemas de salud.

Cuadro 1
ESTADÍSTICAS BÁSICAS
SISTEMA ISAPRE - FONDO NACIONAL DE SALUD
AÑOS 2000-2006
en miles de pesos constantes de 2000

ISAPRES	2000	2004	2005	2006
Cotización legal (7%)	513.176	527.900	55.097	572.843
Cotización adicional legal (2%)	9.255	577	2	0
Cotización adicional voluntaria	12.910	191560	194.937	200.445
Aporte adicional (1)	15.538	19.962	16.412	18.834
A -Total ingresos Isapres	667.072	740.001	762.325	792.122
B- Subsidios incapacidad laboral (SIL)	1.054	983	1.068	1.198
C- Cotizantes (a diciembre de c/año)	1.300.005	1.232.092	1.244.859	1.286.165
D- Aporte anual cotizante promedio (A/C)	513	600	612	615
E - Población Isapre (2)	3.092.195	2.678.432	2.660.338	2.684.554
F- Gasto percapita en salud ISAPRES	216	276	287	295
FONASA	2000	2004	2005	2006
A* Cotizaciones (a)	399.637	540.537	597.365	672.343
Aporte Usuario (b)	95.625	100.813	96.191	97.892
Aporte Fiscal	476.945	583.585	639.277	746.354
Ingresos Recuperación Prestamos Médicos	2.387	5.903	5.903	5.820
Ingresos de Operación	443	182	171	162
A1- Total Ingresos FONASA	975.037	1.231.020	1.338.906	1.522.570
B1.- SIL (c)	71.676	92.288	111.411	14501
CI- Cotizantes (a diciembre de c/año)	3.595.735	3.975.758	4.315.902	4.433.165
D1.- Aporte anual cotizante promedio A*/CI	111	135	138	151
E1.- Población Fonasa (1)	10.157.686	10.910.702	11.120.094	11.479.384
F.- Gasto per cápita en salud FONASA	96	113	120	133
G- IPC con base año 2000 (Dic.)	100	109	113	116

Fuente: FONASA (2007) op. cit.

- (1) Considera Aporte del Empleador y a partir del año 2006 además el Fondo de Compensación
- (2) A partir del año 2001, se cambia clasificador Aporte Adicional por Aporte Empleadores
- (a) Considera Recaudación del 7%, INP, AFP y cotización Subsidio Incapacidad Laboral (SIL) (incluye 0,4% CCAF para SIL)
- (b) Considera Ingresos por Copago Modalidad de Libre Elección
- (c) Considera Gasto SIL Servicios de Salud y Gasto Total CC.AF.

Cuadro 2

Presupuesto Público de Salud 2001-2006	
2006	1.713.342
2005	1.496.396
2004	1.330.670
2003	1.201.177
2002	1.115.062
2001	1.087.254

Fuente: FONASA <<http://www.fonasa.cl>>

En consecuencia, todo indica que las reformas de salud deben hacerse en el marco de reducción de brechas para fomentar la equidad, y para su éxito generalmente deberán destinarse recursos desde el presupuesto público.

Los gastos de bolsillo.

El gasto de bolsillo en Chile alcanza a alrededor del 30% de los gastos totales de salud lo que es todavía una proporción muy alta. Los medicamentos cobran una importancia principal del gasto de bolsillo ya que sólo una pequeña proporción es cubierta por el seguro público aunque el Régimen GES incorporó la cobertura de medicamentos. En Chile, cerca del 75% de los gastos en medicamentos sale directamente del bolsillo de los pacientes.

Por su parte, los copagos por consultas, exámenes y atención hospitalaria, alcanzan a 35% en las ISAPRE. En el caso del FONASA debe tomarse en cuenta que los copagos que se calculan para los prestadores privados, equivalentes al 20% para la categoría D, se refieren únicamente a los profesionales calificados en Nivel 1, es decir, hay una mayoría de especialistas que son catalogados en el Nivel 2 ó 3 y, por lo tanto, el copago puede alcanzar hasta el 50% del valor de la prestación.

Cobertura financiera del FONASA.

La atención primaria en los Servicios Públicos de Salud es gratuita. El copago que deben desembolsar los afiliados a FONASA por atenciones hospitalarias o ambulatorias en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), es decir, en los establecimientos públicos, depende

del grupo de ingresos en el cual se encuentre clasificado el paciente (grupos B, C o D). En el Cuadro 3 vemos cuál es el copago según estos distintos grupos.

Cuadro 3

COPAGOS DE LOS GRUPOS DE FONASA		
GRUPO	DESCRIPCIÓN	CUANTO PAGA
B	Ingreso Imponible Menor o Igual a un salario mínimo vital (SMV) ¹	Atención Gratuita
C	Ingreso Imponible Mensual Mayor a un SMV y Menor o Igual a 1,5 SMV. Si las Cargas son 3 o más se considerarán en el Grupo B	Paga el 10% de la Atención
D	Ingreso Imponible Mensual Mayor a 1,5 SMV. Si las Cargas son 3 o más se considerarán en el Grupo C	Paga el 20% de la Atención

Fuente: FONASA (2007) op. cit.

Las personas en el tramo A, correspondiente a carentes de recursos, tienen atención gratuita. Cabe señalar que existe una garantía financiera adicional tal que los cotizantes con más de tres cargas familiares del grupo D o C son trasladados a los grupos C y B, respectivamente.

La excepción a estas reglas de copago la constituye el grupo 27 del arancel de la MAI (compuesto especialmente por atenciones odontológicas) en que los copagos son 30% para el grupo B; 50% para el grupo C; y, 80% para el grupo D.

Protección financiera normal y adicional en el Régimen GES.

Para concluir este acápite referido al financiamiento, revisaremos las modificaciones introducidas por la última Reforma del Sector.

Respecto a las prestaciones generales del seguro público, en términos de cobertura financiera, el copago (o contribución) que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones se ubica en el 20% del valor determinado por el arancel de referencia. Los beneficiarios pertenecientes al tramo A y B tienen atención gratuita para este tipo de prestaciones. Estas reglas rigen para los afiliados al seguro público y es potestad de FONASA cambiar estas reglas con un tope de 50% de copagos.

La ley N° 19.966 que establece el marco de las Garantías Explícitas en Salud, en su artículo 4° establece que la “Garantía Explícita de Protección Financiera: [es] La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen”. Este arancel es calculado por FONASA y revisado periódicamente.

No obstante, el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469.

Además, la ley señala que “Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan”.

Sin embargo, uno de los factores más importantes para asegurar protección financiera quedó plasmado en la ley mediante el artículo 5° que hace referencia a la Cobertura Financiera Adicional: “Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional de cargo de dichos organismos, según corresponda (...)”.

El artículo 6° de la citada Ley indica que “Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible” que es “la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional”.

Específicamente el deducible “equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales legales o pactadas⁶⁰ por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento”.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las ISAPRE y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda; en estos casos, dicho

⁶⁰ Esto es para incluir a las cotizaciones adicionales voluntarias en el caso de las ISAPRE.

deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

A modo de referencia, para personas con ingresos estables y permanentes durante un año en el Grupo D el tope de pago se aproximará a 25% del ingreso mensual distribuido anualmente y, para los del grupo C, correspondería al 18% del ingreso mensual distribuido anualmente. Cabe recordar que los criterios habituales sugeridos por la OMS es que ninguna enfermedad implique gastos que superen el 40% de los ingresos para evitar una catástrofe económica en los hogares. Asimismo, una limitación similar beneficia a los trabajadores independientes afiliados a los seguros de salud.

El financiamiento en el Sistema ISAPRE.

Las ISAPRE, además de las prestaciones de salud, realizan pagos de subsidios por incapacidad laboral, en que se mantiene la renta del trabajador por un período indefinido, con un tope de 60 Unidades de Fomento al mes. Para tener este derecho, el cotizante debe tener como mínimo seis meses de afiliación al sistema y tres meses de cotizaciones antes del inicio de la licencia médica.

La ley establece que las ISAPRE deben entregar beneficios mínimos como: examen de medicina preventiva anual para el cotizante y sus cargas; control de embarazo y puerperio; control del niño menor de seis años, y subsidio por incapacidad laboral. Otros beneficios adicionales son pactados directamente entre el afiliado y la ISAPRE y, en general, se refieren al porcentaje de cobertura del valor de la prestación que realizará la Isapre al afiliado por las prestaciones señaladas en el plan de salud.

Asimismo, la ley señala restricciones para el financiamiento, que se refieren a las enfermedades preexistentes declaradas. La ISAPRE puede establecer restricciones a la cobertura de estas enfermedades en un monto que no sea inferior a un 25% del valor que esa misma prestación tiene en su plan de salud y sólo por un período máximo de 18 meses. Transcurrido dicho período estas preexistencias deben ser cubiertas en forma íntegra conforme al plan convenido.

Por otra parte, existen exclusiones autorizadas legalmente, como: cirugía plástica con fines de embellecimiento; atención particular de enfermería; hospitalizaciones con fines de reposo; prestaciones requeridas como consecuencia de la participación en actos de guerra y

delitos; accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (cubiertos por otra ley); enfermedades preexistentes no declaradas y prestaciones no contempladas en el arancel de la ISAPRE.

En las ISAPRE, el pago a los prestadores opera principalmente a través de reembolsos irrestrictos por servicios prestados, que minimizan el riesgo financiero para los oferentes de servicios de salud del sector, a cambio de una libertad plena de elección por parte de los afiliados. Por el contrario, las ISAPRE y los prestadores de servicios de salud tienen incentivos para realizar actividades adicionales, no siempre necesarias, que les significan ingresos económicos. Esto explica la tendencia de aumento de gasto per cápita por el sistema.

Los nuevos roles de la institucionalidad de salud que está vinculada a las políticas de equidad y protección social.

La última reforma al Sistema de Salud chileno tuvo como uno de sus ejes prioritarios fortalecer la institucionalidad y potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones entre las instituciones con competencia en materia de rectoría, regulación y fiscalización en salud, por una parte, con la prestación de acciones de salud, por la otra.

Por autoridad sanitaria entendemos las instituciones públicas que establecen las políticas, regulan o fiscalizan el funcionamiento de todo el sector sanitario chileno, encabezadas por el Ministerio de Salud. Asimismo, forman parte de la autoridad sanitaria las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, la nueva Superintendencia de Salud (que reemplazó a la Superintendencia de ISAPRE) y el Instituto de Salud Pública.

La totalidad de la nueva institucionalidad en materia de autoridad sanitaria fue regulada por la Ley N° 19.937.

El Comité de Ministros para la Reforma de la Salud, integrado por los Ministros de Salud, Hacienda, Secretario General de la Presidencia y Trabajo y Previsión Social, designado por la Presidencia de la República con el objetivo de evaluar la realidad del Sector Salud de la época y proponer las áreas y materias que se intervendrían con las modificaciones legales patrocinadas por el Ejecutivo diagnosticó una serie de problemas sobre los que se debía actuar. A saber:⁶¹

⁶¹ Seguimos en esta parte a NANCUANTE, Ulises y ROMERO, Andrés. 2008. La Reforma de la Salud. Santiago, Instituto de Políticas Públicas y Gestión, Salud y Futuro-UNAB. 570 p.

- **Dispersión, burocracia e ineficacia.** En este aspecto se destacaba el involucramiento del Ministerio de Salud en la conducción de los prestadores públicos (especialmente de los Servicios de Salud), mientras que los Servicios de Salud realizaban funciones de autoridad sanitaria, lo que generaba ineficacia y confusión en la ciudadanía.
- **Capacidad normativa desigual.** Se constató la existencia de un “exceso” de normas en algunas áreas y ausencias en otras, lo que generaba una fiscalización irregular y de escaso impacto sanitario, como asimismo disparidad de criterios entre las distintas autoridades sanitarias locales.
- **Insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones.** La fiscalización de las actividades de los prestadores recaía en los Servicios de Salud, los que simultáneamente estaban a cargo de la gestión de sus establecimientos, por lo que podían existir conflictos de interés al momento de fiscalizar.
- **Insuficiente comprensión del rol de la Autoridad Sanitaria y ausencia de participación** por parte de la ciudadanía, ya que la población muchas veces no tiene claro cómo canalizar sus demandas o reclamos, y en particular, cómo exigir el cumplimiento de sus derechos.
- **Insuficiencias en la legislación vigente.** La legislación consagraba un régimen que, en primer lugar, impedía la integración armónica de los subsistemas público y privado, lo que generaba dificultades en el buen uso de los recursos del sector y restringía el acceso equitativo a la salud para muchas personas. En segundo lugar, limitaba la labor del Gobierno como responsable del desarrollo de todo el sector, al estar definido el rol de la Autoridad Sanitaria, en forma principal, como responsable de la gestión de las actividades de salud del subsector público, con el consecuente debilitamiento de las capacidades normativas y fiscalizadoras sobre el sector privado. En tercer lugar, enfatizaba las acciones sanitarias de tipo curativo-asistencial, especialmente en la esfera de la enfermedad y la reparación del daño, a pesar de que la evidencia científica disponible reconoce la importancia de las acciones de salud pública en la mantención y mejoramiento del estado de salud de la población.
- **Excesiva centralización de las decisiones.** La autoridad sanitaria del nivel central ocupa gran parte de su tiempo y energía, con el consiguiente desgaste político, en resolver

- **Bajo desarrollo de inteligencia sanitaria**, con un importante atraso tecnológico en sistemas de información y herramientas analíticas en el ámbito central y sobre todo a nivel regional, lo que dificulta la realización de los diagnósticos epidemiológicos y la toma de decisiones más adecuadas que reflejen la diversidad ambiental, ecológica y de salud de las personas de nuestro país.
- **Escasa repercusión de las políticas de promoción y prevención en salud** y anticipación al daño en las personas, las comunidades y el medio ambiente.

Conforme a este análisis del Comité de Ministros para la Reforma, el diseño de la institucionalidad debía diferenciar con nitidez a las organizaciones centradas en la conducción del sistema, las organizaciones que agrupan a los agentes que ejecutan las tareas sanitarias y aquellas organizaciones que lo financian.

La inadecuada diferenciación de éstas, tiene como consecuencia que determinadas actividades se privilegien en desmedro de otras, lo que repercutiría en el desempeño global del sistema.

Por ello, los principios básicos de la reorganización planteada por el Ejecutivo al Parlamento fueron:

- Separar claramente el trabajo de la rutina diaria operacional con aquel de diseño y análisis que conduce a la formulación de políticas y normas;
- Especializar los organismos descentralizados o desconcentrados para mantener una mirada integral de los problemas de salud, impidiendo que sea sólo el día a día de la atención de salud el que contamine el análisis sectorial.

Revisaremos a continuación las instituciones del Sector que sufrieron modificaciones en su estructura y rol luego de aprobada la Reforma:

- Ministerio de Salud (MINSAL),
 - Subsecretaría de Salud Pública,
 - Subsecretaría de Redes Asistenciales,

- Fondo Nacional de Salud (FONASA),
- Superintendencia de Salud,
- Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), y
- Atención Primaria de Salud

Ministerio de Salud.

Al Ministerio de Salud y a los demás organismos del sistema les compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones. (Artículo 1° DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud)

Al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En consecuencia tendrá, entre otras, las siguientes funciones: (Artículo 4° DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud)

- 1.- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:
 - a) La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
 - b) La definición de objetivos sanitarios nacionales.
 - c) La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
 - d) La coordinación y cooperación internacional en salud.
 - e) La Dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.

2.- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

3.- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.

La fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario⁶² y demás leyes, reglamentos y normas complementarias y la sanción a su infracción cuando proceda, en materias

⁶² El Código Sanitario, fundamentalmente, contiene las normas relativas a la protección y promoción de la Salud, declaración obligatoria de enfermedades, estadísticas sanitarias, divulgación y educación sanitarias, profilaxis

tales como higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, será efectuada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva, sin perjuicio de la competencia que la ley asigne a otros organismos.

La labor de inspección o verificación del cumplimiento de las normas podrá ser encomendada a terceros idóneos debidamente certificados conforme al reglamento, sólo en aquellas materias que éste señale y siempre que falte personal para desarrollar esas tareas y que razones fundadas ameriten el encargo. La contratación se regirá por lo dispuesto en la ley N° 19.886⁶³, debiendo cumplir la entidad, al menos, los siguientes requisitos: experiencia calificada en materias relacionadas, de a lo menos tres años; personal idóneo, e infraestructura suficiente para desempeñar las labores. En caso de que estas actividades puedan ser desarrolladas por universidades, las bases de la licitación deberán considerar esta condición con un mayor factor de ponderación.

4.- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

5.- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para los efectos previstos en este número, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuere necesaria. Todo ello conforme a las normas de la Ley N° 19.628 sobre Protección a la Vida Privada⁶⁴ y sobre secreto profesional.

sanitaria internacional, higiene y seguridad del ambiente y los lugares de trabajo, regulación de productos farmacéuticos, alimentos de uso médico, cosméticos, productos alimenticios y artículos de uso médico, el ejercicio de la medicina, enfermería y demás profesiones sanitarias, laboratorios, farmacias, observación y reclusión de enfermos mentales, de los alcohólicos y demás que presenten dependencia de otras drogas y sustancias, normas sobre inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, aprovechamiento de órganos, tejidos o partes del cuerpo de un donante vivo y de la utilización de cadáveres o partes de ellos con fines científicos o terapéuticos y, por último, todo lo relativo a los sumarios sanitarios y sus sanciones.

⁶³ La Ley N° 19.886 establece las Bases sobre Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios, llamada también “Ley de Compras Públicas”. (D.O. de 30.07.2003)

⁶⁴ La Ley N° 19.628 (D.O. de 28.08.1999) contiene una serie de definiciones operativas sobre qué se entiende por datos personales. Así, señala que son datos de carácter “personal” los relativos a cualquier información concerniente a personas naturales, identificadas o identificables. Por su parte, establece que son datos de carácter “sensible”, aquellos datos personales que se refieren a las características físicas o morales de las personas o a hechos o circunstancias de su vida privada o intimidad, tales como los hábitos personales, el origen racial, las ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual. Dispone la ley que el tratamiento de los datos personales sólo puede efectuarse cuando la ley lo autorice o el titular

(...)

7.- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, "Sistema AUGÉ", el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios del FONASA y de las ISAPRE.

8.- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.

9.- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.

10.- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.

(...)

16.- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

17.- Las demás que le confieren las leyes y reglamentos.

Subsecretaría de Salud Pública.

La Subsecretaría de Salud Pública tiene a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas, debiendo proponerle al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones.

Asimismo, debe administrar el financiamiento previsto para las acciones de salud pública, correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las Secretarías Regionales Ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

consienta expresamente en ello, y que en general, no pueden ser objeto de tratamiento los datos sensibles, salvo cuando la ley lo autorice, exista consentimiento del titular o sean datos necesarios para la determinación u otorgamiento de beneficios de salud que corresponda a sus titulares.

La Subsecretaría de Salud Pública es la superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaboradora de la Ministra, debe coordinar las mencionadas Secretarías Regionales.

Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El Subsecretario 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 ello, el Subsecretario de Redes debe proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por los Servicios de Salud, los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental⁶⁵, la CENABAST y los demás organismos que integran el Sistema.

El Subsecretario de Redes Asistenciales es el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales, en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda.

Fondo Nacional de Salud.

El FONASA es un servicio público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que depende del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y a cuyas políticas, normas y planes generales debe someterse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determina la Ley.

En la actualidad, el FONASA tiene las siguientes funciones, señaladas en el artículo 50 del citado DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud.

a) Recaudar, administrar y distribuir sus recursos (aportes de la Ley de Presupuesto, cotizaciones de salud y copagos de sus afiliados y beneficiarios, entre otros) y fiscalizar la recaudación de las cotizaciones de salud de sus afiliados;

⁶⁵ Hospital Padre Alberto Hurtado (DFL N° 29 de 2000, del Ministerio de Salud); Centro de Referencia de Salud de Peñalolén Cordillera Oriente (DFL N° 30 de 2000, del Ministerio de Salud); y CRS de Maipú (DFL N° 31 de 2000, del Ministerio de Salud).

b) Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud, y a lo dispuesto en su Régimen de Prestaciones de Salud, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos que establezca mediante resolución, las prestaciones que se otorguen a sus beneficiarios en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados.

Asimismo, financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema. El financiamiento de las prestaciones podrá incluir el costo de reposición del capital.

La Ley de Presupuestos contempla, en el presupuesto del Fondo Nacional de Salud, los recursos que éste puede destinar al financiamiento de los convenios que celebre con organismos, entidades y personas que no pertenezcan al Sistema Nacional de Servicios de Salud, privados y/o públicos, para proveer determinadas prestaciones en la Modalidad de Atención Institucional.

Los convenios deben celebrarse a precios no superiores a los contenidos en el arancel y normas señaladas en el Libro II del DFL N° 1/2005 del Ministerio de Salud. En todo caso, el monto de los recursos que el Fondo puede destinar al financiamiento de dichos convenios no puede exceder el equivalente al 10% del presupuesto total de la Modalidad de Atención Institucional.

El FONASA debe cuidar que el financiamiento que efectúe corresponda a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, así como velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a sus beneficiarios por parte de los establecimientos y profesionales que, por ley o convenio, estén obligados a efectuarlas. Tratándose de la Modalidad de Atención Institucional, el Ministerio de Salud es el encargado de velar por el efectivo cumplimiento de las normas que éste imparte en relación con la calidad, acceso y oportunidad de la salud.

Para dichos efectos, el FONASA, de oficio o a petición de los beneficiarios, está facultado para descontar, requerir la devolución, eximir o eximirse de lo cobrado o pagado en exceso o cuando dichas prestaciones no cumplan con las normas e instrucciones ministeriales mencionadas precedentemente.

c) Colaborar con el Ministerio de Salud en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados con esa Secretaría de Estado, con el presupuesto global de Salud;

d) Colaborar con el Subsecretario de Salud Pública en la administración del financiamiento de las acciones de salud pública que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obliga a que sean financiadas por el Estado;

e) Conocer y resolver, de acuerdo con la normativa vigente, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, conforme a los procedimientos que fije el Ministerio de Salud, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos, conforme a la ley;

f) Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para la determinación y otorgamiento de beneficios de salud. Para ello, podrá requerir de las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, la información que fuera necesaria. Todo ello conforme a las normas de la ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada, y

g) Ejercer las demás funciones y obligaciones que le asignen las leyes y reglamentos.

Superintendencia de Salud.

La Superintendencia de Salud es un organismo público funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud.

La Superintendencia de Salud es la continuadora legal de la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, correspondiéndole supervigilar y controlar a las ISAPRE y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

Asimismo, la Superintendencia de Salud supervigila y controla al FONASA en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen sus beneficiarios en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Garantías Explícitas en Salud.

La Superintendencia de Salud está estructurada orgánica y funcionalmente en dos Intendencias, la de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la de Prestadores de Salud.

La Ley regula especialmente las atribuciones de la Superintendencia de Salud en relación con las ISAPRE, y que ejerce a través de la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud.

Esta Intendencia cumple las funciones que previo a la reforma ejercía la Superintendencia de ISAPRE.

Sin embargo, luego de las normas introducidas por la Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria, le compete también la siguiente función:

- Ejercer la supervigilancia y el control del FONASA, respecto de la MLE, debe velar porque las contribuciones que deban hacer los afiliados para financiar el valor de las prestaciones se ajusten a la ley, al reglamento y demás normas e instrucciones, y por el correcto otorgamiento de los préstamos de salud, conforme al artículo 114 del DFL 1/2005 del Ministerio de Salud

Instituciones de Salud Previsional.

Las ISAPRE financian las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, a las personas que se afilien a ellas.

Las ISAPRE deben constituirse como personas jurídicas y registrarse en la Superintendencia de Salud, entidad que además las fiscaliza.

Las ISAPRE tienen por objeto exclusivo el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, así como las actividades que sean afines o complementarias de ese fin, las que en ningún caso podrán implicar la ejecución de dichas prestaciones y beneficios ni participar en la administración de prestadores.

Las ISAPRE no podrán celebrar convenios con los Servicios de Salud para el otorgamiento de los beneficios pactados. Sin embargo, pueden celebrar convenios con estos siempre que se refieran específicamente a la utilización de pensionados, unidades de cuidado intensivo y atención en servicios de urgencia, los que a su vez podrán comprender la realización de intervenciones quirúrgicas o exámenes de apoyo diagnóstico y terapéutico. Estos convenios pueden ser celebrados por cada Servicio de Salud con una o más ISAPRE y en ellos los valores de esas prestaciones serán libremente pactados por las partes. En todo caso, ni la celebración ni la ejecución de estos convenios podrá ser en detrimento de la atención de los beneficiarios legales (del FONASA), quienes tendrán siempre preferencia sobre cualquier otro paciente.

Por otra parte, en los casos de atenciones de emergencia debidamente certificadas por un médico cirujano, las ISAPRE deben pagar directamente a los Servicios de Salud el valor por las prestaciones que hayan otorgado a sus afiliados, hasta que el paciente se encuentre estabilizado de modo que esté en condiciones de ser derivado a otro establecimiento asistencial. Lo mismo se aplica respecto de atenciones de emergencia, debidamente certificadas por un médico cirujano, que sean otorgadas por establecimientos asistenciales del sector privado.

Para afiliarse al sistema privado, las personas deben suscribir un contrato con la ISAPRE de su preferencia, contrato que es regulado por la Ley, estableciendo una serie de derechos y garantías en beneficio de los contratantes, atendida la naturaleza de este contrato → contrato de adhesión.

Las ISAPRE pueden ser de dos tipos, cerradas o abiertas, siendo éstas últimas la regla general.

Las ISAPRE cerradas son instituciones privadas que tienen su origen en empresas que, previo a la creación del sistema en 1981, poseían ya convenios de salud con sus trabajadores y destinaban recursos para su financiamiento.

Cuando se estableció que la cotización para la salud podía ser destinada a administradoras privadas, estas empresas constituyeron las denominadas ISAPRE cerradas, a modo de aprovechar la cotización de sus empleados para financiar los beneficios otorgados de salud.

De esta manera, estas entidades se caracterizan porque sólo pueden cotizar en ellas los trabajadores de la empresa sobre la cual está amparada la ISAPRE, y porque un volumen significativo de cotizaciones adicionales es financiado por la empresa.

En el Cuadro 5 veremos las ISAPRE que existen, con mención de su tipo (abierta/cerrada), de su participación en el mercado y del sexo de sus afiliados y beneficiarios (datos a junio de 2007).

Cuadro 5
Mercado de las ISAPRE

NOMBRE ISAPRE	TIPO ISAPRE	PARTICIPACIÓN DE MERCADO	SEXO BENEFICIARIOS	
			HOMBRES	MUJERES
Banmédica S.A.	Abierta	22,9%	66,2%	33,8%
Colmena Golden Cross S.A.	Abierta	14,7%	58%	42%
Consalud S.A.	Abierta	22,3%	75%	25%
Chuquicamata Ltda.	Cerrada	0,9%	82,4%	17,6%
Cruz Blanca S.A.	Abierta	19,4%	60,5%	39,5%
Cruz Del Norte Ltda.	Cerrada	0,1%	92,4%	7,6%
Ferrosalud S.A.	Abierta	0,9%	62%	38%
Fundación Ltda.	Cerrada	1%	54%	46%
Fusat Ltda.	Cerrada	1,1%	75,7%	24,3%
Masvida S.A.	Abierta	9,4%	59,3%	40,7%
Normédica S.A.	Abierta	1,9%	75%	25%
Río Blanco Ltda.	Cerrada	0,1%	88,4%	11,6%
San Lorenzo Ltda.	Cerrada	0,1%	90,9%	9,1%
Vida Tres S.A.	Abierta	5,1%	58,5%	41,5%

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema disponibles en http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4208_recurso_1.pdf y <http://www.isapre.cl/principal.php>

En el Cuadro 6 vemos la relación entre número de cotizantes y cargas, entre las ISAPRE cerradas y abiertas, según datos a diciembre de 2007 entregados por la Superintendencia de Salud.

Cuadro 6
Beneficiarios del Sistema ISAPRE a diciembre de 2007

Tipo ISAPRE	Número de Cotizantes	Número de Cargas	Total Beneficiarios del Sistema
ABIERTAS	1.313.055	1.347.594	2.776.912
CERRADAS	45.891	70.372	

Fuente: elaboración propia en base a datos del Sistema disponibles en
<<http://www.supersalud.cl>> y <<http://www.isapre.cl/principal.php>>

Problemas del Sistema ISAPRE vinculados a fallas de mercado y equidad en salud y acciones del Estado para contrarrestarlos

Para varios autores (Beteta y otros⁶⁶, Bitrán⁶⁷), sus principales deficiencias se derivan de problemas de diseño y regulación.

Plantean que la existencia de asimetrías de información es intrínseca a los mercados de seguros de salud, y a la relación entre el médico y su paciente. La ausencia de una regulación adecuada que enfrente estas imperfecciones ha implicado, en el caso chileno, ineficiencias significativas que han afectado negativamente la percepción de los usuarios sobre la bondad del sistema. Por otro lado, algunas fallas de diseño exacerban las ineficiencias del sistema llevando a incrementos de costos y gastos espurios.

Junto con ello, los problemas de selección adversa inhiben la innovación a nivel de ISAPRE individuales. La acción colectiva de las ISAPRE para corregir imperfecciones ha sido extemporánea, reaccionando sólo frente a situaciones de elevado riesgo político o a la presión de la autoridad reguladora. Éste es el caso de la cobertura de enfermedades catastróficas en modalidad de atención cerrada. Así, tenemos que los principales problemas son:

⁶⁶ BETETA, Edmundo; CABEZAS, Marcela; FERRECCIO, Catterina; LARRAÑAGA, Osvaldo; OYARZO, César; y SANHUEZA, Ricardo. 1998. Evaluación del proceso de reforma del sector público de salud chileno: una experiencia de 20 años. Seminario de presentación de casos de experiencias de reformas en educación y salud en América Latina. Chile, Instituto de Economía – PIAS U. de Chile con apoyo del BID. 58 p.

⁶⁷ BITRÁN, Eduardo. 2001. Reforma de la salud: eficiencia y viabilidad fiscal. Chile, Expansiva. 15 p.

- (a) Sobre aseguramiento de población joven. Al mantenerse una cotización como porcentaje del ingreso se genera, en el caso de la población de bajo riesgo y alto ingreso, una renta económica que es disipada mediante ofrecimiento de servicios que no hubieran elegido si pudieran reducir su cotización. Este es un problema de diseño que se deriva de la obligación de cotizar el 7% del ingreso y no de comprar un plan básico que asegure contra siniestros de salud que debería ser el requerimiento que la sociedad impone a los individuos. El Estado tiene el derecho de imponer la adquisición de un plan básico, ya que no se puede desligar de su responsabilidad de auxiliarlo en caso de emergencias de salud o enfermedades catastróficas.
- (b) Riesgo de comportamiento y aumento de costos. La existencia de un seguro en que sólo se paga una fracción del costo de las prestaciones y un sistema de pago asociado a servicio, en que el médico tiene un rol crucial en determinar las prestaciones, permite que se genere un escaso incentivo para administrar la atención de salud y por el contrario lleva a un incremento de la utilización de recursos sin consideraciones de costo efectividad. Los problemas de riesgo de comportamiento son especialmente serios en el otorgamiento de licencias médicas.
- (c) Desincentivo a la innovación y selección adversa. El problema de selección adversa inhibe seriamente el incentivo de las ISAPRE a innovar a nivel individual. Si una ISAPRE ofrece mejor cobertura de un cierto tipo de enfermedades, corre el riesgo de atraer diferencialmente a cotizantes que tienen una mayor propensión a adquirir estas enfermedades. Es por ello que las ISAPRE tienden a ofrecer planes similares y la competencia no ha generado incentivos a mejorar la cobertura de los planes de salud. (...)

En este sentido, pero desde una perspectiva general del sistema de salud chileno, Urriola formula críticas al rol que juega el subsistema privado, al dificultar la planificación global de salud, por la incertidumbre que genera el eventual tránsito de los beneficiarios entre un sistema y otro.

Este autor señala más críticas, pues plantea que nuestro sistema mixto amplía la inequidad, por cuanto el sector público recibe a los más pobres, los más vulnerables y los más “costosos”, lo que quiere decir que no limita el “descreme” por parte de las ISAPRE, ni ofrece compensaciones por la vía de fondos solidarios comunes interinstitucionales; asimismo –agrega–

exhibe una cierta arbitrariedad en los costos de los planes individuales, porque la asimetría de información se traduce en bajas posibilidades de elegir bien entre planes de salud debido a que existen miles de opciones; y porque crea en el ámbito privado una competencia superflua y onerosa en torno a los gastos de comercialización, provocando que el gasto en administración (per cápita) del sistema ISAPRE sea 26 veces más alto que en el seguro público (para el año 2003).⁶⁸

Otros, como Sojo⁶⁹ señalan como principal problema del sistema ISAPRE la selección de riesgo que dichas instituciones realizaban a través del mecanismo de renovación anual de los planes individuales de salud, momento en el que precio y la cobertura son ajustados a la edad, al riesgo en salud y al sexo del asegurado, proponiéndole al afiliado nuevas condiciones de precio y/o de beneficios.

Agrega que la multiplicidad de aranceles es un mecanismo de selección de riesgo que opera dificultando su comprensión por parte de los asegurados, y que complica la regulación de la Superintendencia de Salud y también eleva los costos administrativos del sistema.

Sojo plantea que el Régimen GES, al garantizar determinadas prestaciones repercute en la ampliación de la cobertura horizontal y vertical de los planes de las ISAPRE. Horizontal –acota– en términos de las prestaciones, porque estipula un núcleo básico de prestaciones universales para todos los asegurados; y vertical, en cuanto se refiere al número de asegurados, porque se ven beneficiados fundamentalmente quienes por sus niveles de riesgo o por sus ingresos son excluidos de esas prestaciones mediante tres mecanismos principales:

- Bajas coberturas,
- Altos precios, o
- Altos copagos de sus planes.

En este mismo sentido, la propia autoridad fiscalizadora del sistema, esto es la Superintendencia de Salud, en un reciente estudio del año 2007 plantea que la última Reforma al

⁶⁸ URRIOLA, Rafael. 2005. Financiamiento y Equidad en Salud: El Seguro Público chileno. Revista de la CEPAL N° 87, Diciembre de 2005. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile. [pp.: 61-78]

⁶⁹ SOJO, Ana. 2006. La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. México, CEPAL. 55 p.

Sistema de Salud chileno tiene entre uno de sus objetivos disminuir la discriminación por riesgo de que son objetos mujeres y adultos mayores en el sistema ISAPRE.⁷⁰

Dicho estudio expresa que “la selección de riesgo provoca ineficiencia. Primero, porque genera desincentivos a responder adecuadamente a los requerimientos de los afiliados de alto riesgo. Esto provoca un problema de calidad en los tratamientos, de los enfermos crónicos. Segundo, provoca segmentación del mercado, se cobrarán primas mas bajas a afiliados de bajo riesgo y primas más altas a los individuos de mayores riesgos. Esto genera un problema de solidaridad en el conjunto del sistema de seguridad social. Tercero, la selección será más rentable que mejorar la eficiencia en la producción de atención de salud, ya que los seguros prefieren invertir en mejorar la selección de riesgos y no en reducir costos y, por lo tanto, no invertirán en mejorar la eficiencia. (...)”

Agrega el órgano fiscalizador que en el contexto de la reforma al sector salud, se han contemplado una serie de modificaciones al marco legal de las ISAPRE que permiten disminuir la discriminación observada en este sistema, a través de las siguientes medidas principales:

- La introducción de las GES en todos los contratos de salud a un precio común para todos los beneficiarios de una misma ISAPRE y el otorgamiento de una cobertura mínima en los planes complementarios, equivalente a la que otorga el FONASA en su modalidad de libre elección para todas las prestaciones contempladas en dicho arancel.
- La exigencia en cuanto a que la adecuación anual de los planes complementarios deba afectar sólo al precio base de los mismos, dejando explícito que las modificaciones de beneficios darán origen a la suscripción de un nuevo plan de salud de entre los que se comercializan, impidiendo de esta forma que las ISAPRE modifiquen arbitrariamente los beneficios de aquellos planes que concentran más beneficiarios siniestrosos.
- El establecimiento de una banda para la variación anual de los precios de los planes complementarios, con la cual se espera generar incentivos en las ISAPRE para disminuir la varianza de precios entre sus planes, lo que a su vez permite evitar alzas desmedidas para planes que concentran beneficiarios más riesgosos ya sea por sexo o por edad.

⁷⁰ CHILE. Superintendencia de Salud. 2007. Evaluación de la Reforma de Salud y Situación del Sistema ISAPRES. Diseño metodológico y definición de Líneas Basales. Chile, Superintendencia de Salud. 35 p.

- La exigencia en cuanto a mantener sólo dos tablas de factores en comercialización, lo que obliga a las ISAPRE a fijar factores de riesgo más ajustadas al perfil de gasto de la población objetivo y reduce la posibilidad de establecer tablas particulares para planes orientados a grupos más específicos (hombres jóvenes, mujeres independientes sin cargas) con lo cual, se evita la discriminación perfecta a través de la diferenciación excesiva de los planes.
- La creación de un Fondo de Compensación Solidario entre todas las ISAPRE abiertas cuya finalidad es solidarizar los riesgos en salud entre sus beneficiarios con relación a las prestaciones contenidas en las GES.

A continuación se detalla el conjunto de medidas regulatorias enunciadas que ha introducido la reforma para combatir la inequidad en el subsistema privado:

a) Incorporación de las GES y de las Coberturas Mínimas en el Plan de Salud

En el contexto de la Reforma, las ISAPRE deben asegurar a sus respectivos beneficiarios las GES relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas al conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. Además, los planes complementarios de las ISAPRE deben conceder, a lo menos, la cobertura financiera que el FONASA asegura en la modalidad de libre elección, a todas las prestaciones contempladas en el arancel del Régimen General de Garantías en Salud.

Por una parte, la incorporación de las GES como componente básico de todos los planes de salud, produce una mayor estandarización de los mismos, dejando menos espacio a las ISAPRE para la diferenciación de precios. Así, en la medida que las GES tengan una mayor relevancia dentro del plan de salud, el efecto hacia la estandarización será mayor.

b) Adecuación del Precio Base

Con el propósito de contribuir a la transparencia del sistema y disminuir los problemas de discriminación al interior del mismo, se dispuso restringir la facultad otorgada a las ISAPRE para adecuar los precios, prestaciones convenidas y la naturaleza y monto de los beneficios de un plan de salud, circunscribiéndola sólo a la modificación del precio base.

Las modificaciones introducidas, implican una serie de ventajas desde el punto de vista de la transparencia, que repercuten en todos los actores involucrados. Entre las principales se encuentran las siguientes:

- Se simplifica la toma de decisiones del afiliado, contribuyendo de paso a eliminar las enormes asimetrías de información que se producen en la relación ISAPRE-afiliado. En efecto, con las modificaciones introducidas el afiliado se verá enfrentado sólo a la posibilidad de mantener el mismo plan elegido a un nuevo precio u optar por mantener la cotización originalmente pactada suscribiendo un plan alternativo con beneficios distintos.
- Se elimina la posibilidad que tienen las ISAPRE para sustituir planes de salud vigentes o encubrir alzas desmedidas de precios, por la vía de la adecuación y con el consentimiento tácito de los afiliados. De esta forma, la incorporación de nuevos planes al sistema sólo será posible por la vía de las nuevas afiliaciones y suscripción de los planes alternativos.
- Se simplifica el proceso de adecuación de contratos, específicamente, en lo que se refiere a la exigencia de efectuar una oferta de planes alternativos. En efecto, la ISAPRE estará obligada sólo a remitir un plan alternativo equivalente en precio, lo que de paso, hace menos compleja y más transparente la información que recibe el afiliado a través de la carta de adecuación.
- El proceso de adecuación se hace más simple de fiscalizar, por cuanto, las variables a modificar en el plan de salud disminuyen y porque se elimina la posibilidad de generar nuevos planes a partir de los ya existentes, haciendo más fácil su seguimiento.
- No restringe las posibilidades de las ISAPRE para crear nuevos planes de salud ni para adecuar los precios de los planes de salud vigentes, conforme varían los costos del mercado y la siniestralidad de sus respectivas carteras de beneficiarios.

c) Banda de Precios

El precio final que cada afiliado o beneficiario debe pagar a la ISAPRE por el Plan Complementario que haya contratado, se obtiene multiplicando el precio base del plan por el factor que corresponda al afiliado o beneficiario de conformidad a la tabla de factores que tenga asociada el plan respectivo.

La metodología utilizada en el Sistema ISAPRE para fijar las primas promueve una tendencia a la segmentación, es decir, a diferenciar a los individuos conforme a sus características de sexo y edad que los hacen más o menos propensos a sufrir un daño o deterioro en su salud, asignándoles, por grupos de edad y sexo, una prima diferente según su nivel de riesgo. Esta

característica ha afectado principalmente a los grupos de mayor riesgo en salud, dentro de los que se encuentran las mujeres, especialmente en edad fértil y los adultos mayores.

En el contexto de la Reforma, se incorporaron algunas modificaciones al Sistema ISAPRE, orientadas a limitar las alzas de los precios base del plan de salud complementario y a establecer regulaciones en cuanto a la forma en que deben estructurarse las tablas de factores asociadas a los planes de salud.

El precio que enfrente cualquier cotizante será el resultado de la suma de dos precios claramente identificados: el de las GES y el del Plan Complementario. Respecto del primero, su valor estará limitado por el valor de una prima única por ISAPRE. Respecto al Plan Complementario, las ISAPRE podrán adecuar libremente los precios, no obstante, esta adecuación de precios se encuentra regulada. En efecto, la libertad de las ISAPRE para cambiar los precios base de los planes de salud se sujetará a las siguientes reglas:

1. Antes del 31 de marzo de cada año, las ISAPRE deberán informar a la Superintendencia el precio base, de cada uno de los planes de salud que se encuentren vigentes.
2. En dicha oportunidad, también deberán informar la variación que experimentará el precio base de todos y cada uno de los contratos cuya anualidad se cumpla entre los meses de julio del año en curso y junio del año siguiente. Dichas variaciones no podrán ser superiores a un 1,3 veces el promedio ponderado de las variaciones porcentuales de precios base informadas por la respectiva ISAPRE, ni inferiores a 0,7 veces éste.
3. Informar, asimismo, la variación anual de los precios base de los planes creados entre febrero y junio del año en curso, ambos meses inclusive.
4. La ISAPRE podrá optar por no ajustar los precios base de aquellos planes de salud en donde el límite inferior de la variación, es igual o inferior a 2%.
5. En ningún caso las ISAPRE podrán ofrecer rebajas o disminuciones respecto del precio base del plan de que se trate, informado a la Superintendencia, a los afiliados vigentes o a los nuevos contratantes de ese plan.
6. Se prohíbe ofrecer o pactar planes alternativos con menos de un año de comercialización o que, cumpliendo con la vigencia indicada, no tengan personas adscritas, a los afiliados o beneficiarios cuya anualidad se cumpla, en el periodo indicado.

d) Regulación de las Tablas de Factores

El diseño del Sistema ISAPRE lleva implícita la necesidad de diferenciar a los individuos según su nivel de gasto para establecer sus primas en el Plan Complementario, asignándole a cada beneficiario o grupo de ellos un cierto “factor de riesgo” determinado en función de sus características de sexo y edad.

No obstante, actualmente la Superintendencia fija la estructura de las tablas de factores, estableciendo los tipos de beneficiarios, según sexo y condición de cotizante o carga, y los rangos de edad que se deban utilizar. Las ISAPRE son libres para determinar los factores de cada tabla que empleen. En todo caso, la tabla de un determinado plan de salud no podrá variar para los beneficiarios mientras se encuentren adscritos al mismo, ni podrá alterarse para quienes se incorporen a él, a menos que la modificación consista en disminuir de forma permanente los factores, total o parcialmente; dicha disminución se hará aplicable a todos los planes de salud que utilicen esa tabla.

Cada plan de salud sólo podrá tener incorporada una tabla de factores y las ISAPRE no podrán establecer más de dos tablas de factores para la totalidad de los planes de salud que se encuentren en comercialización. Sin embargo, las ISAPRE podrán establecer nuevas tablas cada cinco años contados desde las últimas informadas a la Superintendencia, manteniéndose vigentes las anteriores en los planes de salud que las hayan incorporado.

e) Fondo de Compensación Inter-ISAPRE

Desde el punto de vista teórico, señala la Superintendencia de Salud, el establecimiento de un Fondo de Compensación encuentra fundamento en que en un mercado de libre competencia entre seguros, los subsidios cruzados implícitos que caracterizan a este tipo de organizaciones, no pueden ser mantenidos porque la competencia minimiza las ganancias predecibles por cada contrato. Consecuentemente con ello, un seguro, para evitar pérdidas y mantenerse equilibrado ajustará la prima al riesgo, lo que es llamado diferenciación de primas, o ajustará el riesgo aceptado por la prima, lo que es reportado en la literatura como selección de riesgos. Así, en un mercado competitivo de seguros de salud, las primas asociadas a riesgos serán altas para las personas adultos mayores, para enfermos, mujeres en edad fértil y familias numerosas y serán bajas para los jóvenes, los solteros y las familias pequeñas.

Para impedir este proceso ineficiente de asignación de recursos en salud que implica la selección de riesgos y lograr que los subsidios de solidaridad funcionen, sin entorpecer la

competencia, es posible generar subsidios a las primas de los grupos de alto riesgo provenientes de los grupos de menores, mediante el uso de un modelo de ajuste de riesgos, entendiendo por tal, el uso de información para estimar los costos esperados en salud de un individuo o grupo, basándose en la utilización y los costos observados durante un intervalo fijo de tiempo, para establecer subsidios a la prima de los grupos de alto riesgo. De esta manera, el ajuste de riesgos corrige, o trata de neutralizar, los incentivos para la selección de riesgos, en la medida que, a los seguros les sea cada vez más indiferente la afiliación de una u otra persona.

Este Fondo de Compensación Solidario fue diseñado como un mecanismo adecuado para solidarizar los riesgos de salud entre los beneficiarios, por cuanto, permite garantizar a todas las ISAPRE que van a recibir, en promedio, el costo esperado estimado de su cartera de beneficiarios en los problemas de salud incorporados al GES, disminuyendo los incentivos que éstas tienen para descremar sus carteras.

La Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria de Salud (APS) se encuentra regulada por la Ley N° 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Esta ley regula la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud, cuya gestión se encuentre traspasada a las Municipalidades desde el 30 de junio de 1991, en virtud de convenios regidos por el Decreto con Fuerza de Ley N° 1-3.063, de 1980, del Ministerio del Interior.

Asimismo, regula los aspectos anteriormente citados, respecto de aquellos establecimientos de atención primaria de salud que sean creados por las Municipalidades; traspasados con posterioridad por los Servicios de Salud; o que se incorporen a la administración municipal por cualquier causa.

Quedan exceptuados de su regulación aquellos consultorios y postas ubicados dentro de la superficie física de un hospital, los que seguirán siendo de propiedad del Servicio de Salud respectivo.

La ley 19.378 en uno de sus primeros artículos define los establecimientos de salud a los que se aplica su normativa. Así, su artículo 2° señala que:

“Para los efectos de la aplicación de esta ley, se entenderá por:

a) **Establecimientos municipales de atención primaria de salud:** los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otra clase de establecimientos de salud administrados por las municipalidades o las instituciones privadas sin fines de lucro que los administren en virtud de convenios celebrados con ellas.

b) **Entidades administradoras de salud municipal:** las personas jurídicas que tengan a su cargo la administración y operación de establecimientos de atención primaria de salud municipal, sean éstas las municipalidades o instituciones privadas sin fines de lucro a las que la municipalidad haya entregado la administración de los establecimientos de salud (...).”

Conforme al artículo 49 de la Ley, cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal, el cual se determinará según los siguientes criterios:

- a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas;
- b) Nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud;
- c) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna, y
- d) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

Dicho aporte debe ser determinado anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además, por los Ministros del Interior y de Hacienda.

Sólo darán derecho a este aporte las acciones de salud en atención primaria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el medio ambiente, cuando corresponda, en los establecimientos municipales de atención primaria de salud o prestadas por el personal de dichos establecimientos en el ejercicio de sus funciones dentro de la comuna respectiva, cuando éstas sean otorgadas a los beneficiarios legales de los servicios de salud, así como a los beneficiarios que sean atendidos en virtud de convenios celebrados con el respectivo Servicio de Salud.

Se entiende por beneficiarios legales a aquellos a los que el Servicio de Salud está obligado a atender en conformidad con lo establecido en el Código Sanitario, en la ley N° 16.744, cuando corresponda, y en la ley N° 18.469, Modalidad de Atención Institucional.

Los establecimientos municipales de atención primaria de salud deben cumplir las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. No obstante, siempre sin necesidad de autorización alguna, podrán extender, a costo de la respectiva municipalidad o mediante cobro al usuario, la atención de salud a otras prestaciones.

Las entidades administradoras deben definir la estructura organizacional de sus establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, sobre la base del plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud.

Las municipalidades que administren establecimientos de salud de atención primaria, pueden celebrar convenios entre sí, cuando tengan como finalidad una administración conjunta de los mencionados establecimientos, en conformidad con lo establecido en su ley Orgánica Constitucional.

Conforme a la citada Ley (artículo 54), “los Directores de Servicios en uso de las atribuciones conferidas en las disposiciones del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, podrán estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u otros recursos, apoyar la gestión y administración de salud y promover el establecimiento de sistemas locales de salud, basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local.”

La Atención Primaria en Salud comprende los siguientes programas:

- Programa Infantil:
 - Control del niño sano,
 - Vacunas Consultas médicas generales,
 - Consultas médicas,
 - Consultas ginecológicas,
 - Consultas sobre planificación familiar.
- Programa Dental:
 - Atención Dental.

- Nutrición:
 - Consultas nutricionales,
 - Exámenes de laboratorio y radiografías,
 - Medicamentos,
 - Alimentos para lactantes, embarazadas y mujeres amamantando, de acuerdo al Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC).
 - Educación para la salud;
 - Entrevistas sociales.
- Programa de Salud del Adulto:
 - Control de salud preventivo,
 - Consulta médica,
 - Control de pacientes con enfermedades crónicas,
 - Vacunación anti-influenza.
- Programa de Salud de la Mujer:
 - Control pre-natal,
 - Control paternidad responsable,
 - Consultas morbilidad obstétrica y ginecológica.

A la Atención Primaria se accede en el Consultorio o Posta urbana y/o rural que corresponde al domicilio del interesado, y está dirigida a toda la población que la necesite. Pero en especial está orientada a las siguientes personas:

- Mujeres embarazadas y niños hasta los seis años de edad, aunque no tengan previsión.
- Personas sin recursos o indigentes clasificados en el Grupo A del FONASA.
- Personas que reciben Pensión Asistencial de Ancianidad y sus cargas familiares.
- Personas que reciben Pensión Asistencial de Invalidez y sus cargas familiares.
- Menores de 15 años por los que se cobre Subsidio Familiar.
- Menores en situación irregular.
- Afiliados a FONASA y sus cargas familiares: Trabajadores activos dependientes e independientes, del sector público y privado, imponentes de una Administradora de

- Trabajadores pasivos (jubilados, pensionados o montepiados).
- Personas que reciben subsidio de cesantía o por incapacidad laboral

De acuerdo a la concepción de la OPS un Sistema de Salud basado en la estrategia de Atención Primaria se define como:

- Un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, pertinencia, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad e interculturalidad
- Un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

Un complemento lógico a lo anterior es el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de los problemas. Durante estos años la Subsecretaría de Salud Pública, a través de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, ha puesto en marcha los Planes de Salud Pública Regional con una fuerte orientación en Promoción de Salud e intervenciones destinadas a modificar los factores de riesgo a nivel poblacional y ambiental. Para el periodo 2007-2010, el Programa de Promoción impulsará plataformas de acción específicas, conducentes a reducir las brechas de inequidad en las comunas y a optimizar el impacto de la política pública local sobre los determinantes sociales de la salud.⁷¹

De acuerdo a la información proporcionada por el FONASA, los chilenos tienen una amplia cobertura asegurada en la atención primaria de salud. El seguro público agrega que las

⁷¹ Véase: MINISTERIO DE SALUD. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Programación en Red año 2008. [Disponible en línea: <<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ORIENT070907.pdf>>]

estadísticas, así como los índices de satisfacción, dan cuenta de esta situación en lo que se refiere a atención primaria.⁷²

La atención primaria, que podría considerarse garantizada universalmente, está constituida por cinco principales Programas, a saber: del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto, del adulto mayor y del ambiente. Un 83% de los inscritos en FONASA están registrados en los establecimientos que ofrecen la Atención Primaria de Salud Municipalizada (APSM). Esto no significa que los demás queden excluidos sino que, han privilegiado la atención a través de la Modalidad de Libre Elección, se atienden en establecimientos de la red pública asociada al Ministerio de Salud o bien, no han demandado servicios de salud.

En los casos de atención dental, laboratorio y rayos X, en cambio, la diferenciación de demanda por quintil, muestra que los sectores de bajos ingresos se ven obligados a postergar estas prestaciones por falta de acceso y/o carencias reales en términos monetarios. Estas prestaciones no son ofrecidas por el sector público, o bien, suelen no ser ofrecidas con la oportunidad necesaria.

En las consultas de especialidad, por su parte, se requiere mayor información antes de aventurar una conclusión porque hay también evidencias de que los grupos que disponen de una cobertura total en servicios de salud acuden a las especialidades sin que medie una derivación profesional.

El Municipio representa el ente articulador entre necesidades comunitarias y esfuerzos por responder de manera oportuna y organizada a ellas. Es el responsable de implementar las estrategias que apunten al desarrollo y calidad de vida de las comunidades. La Comuna es el mejor espacio donde confluye el aporte comunitario y las respuestas institucionales a las diversas necesidades de las familias y comunidad.

En este sentido, los Municipios deben generar anualmente el Plan de Salud Comunal en armonía con las Orientaciones Programáticas y normas técnicas emanadas del Ministerio de Salud, según establece la Ley N° 19.378 (Estatuto de la Atención Primaria), pero incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud.

⁷² Fondo Nacional de Salud (FONASA). 2007. Protección Social en Salud en Chile. [Disponible en línea: <http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/libro_proteccion_social_en_salud_en_chile.pdf>]

Este plan debe ser propuesto en concordancia con los equipos de salud de cada Municipio y estar en conocimiento de los Servicios de Salud, de modo que permita ejecutar las evaluaciones pertinentes y los respectivos ajustes al final de cada período.

Los principales fundamentos del Plan de salud Comunal, deberán estar reflejados en el Plan Comunal de Desarrollo. Este Plan constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna, contemplando las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico, cultural y ambiental. Este Plan en su elaboración y ejecución debe tener en cuenta a todos los sectores que operen en el ámbito comunal o ejerzan competencia en dicho ámbito.

De lo anterior se desprende que el Municipio tiene un rol preponderante en el cuidado y promoción de la salud de las personas independientemente de si administra o no, centros de salud y/o Postas de Salud Rural. Naturalmente se entiende, que si el Municipio tiene Establecimientos de Salud, le corresponde la gestión administrativa y financiera de ellos, velando por la mejor utilización de los recursos asignados al cuidado de la salud de la población.

III.- MARCO METODOLÓGICO.

1.- Revisión del Marco Normativo:

Los cuerpos normativos que forman parte del marco jurídico del actual sistema de salud chileno luego de los cambios introducidos por la Reforma que estimamos como producto de las políticas públicas en materia de protección social y búsqueda de equidad en salud, por el Estado chileno son los siguientes:

- Ley N° 19.888, de 2003, conocida como la “Ley de Financiamiento”, publicada en el Diario Oficial el día 13/08/2003 que, entre otras medidas, considera alzas del IVA y de impuestos específicos para financiar dos importantes iniciativas en materia social: el Régimen de Salud con Garantías Explícitas (GES) para todos los beneficiarios del FONASA y el Programa Chile Solidario, que busca ofrecer nuevas oportunidades de desarrollo e inserción social y productiva a las familias indigentes.
- Ley N° 19.895, de 2003, conocida como la “Ley Corta de ISAPRE”, publicada en el Diario Oficial el día 28/8/2003 y que, entre otras materias, instruye sobre las normas de solvencia que deben cumplir las Instituciones de Salud Previsional y sobre las transferencias de cartera que pueden ocurrir entre éstas.
- Ley N° 19.937, de 2004, conocida como la “Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión”, publicada en el Diario Oficial el 24/02/2004, mediante la cual se fortalecen las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial, como mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.
- Ley N° 19.966, de 2004, conocida como la “Ley del Auge”, publicada en el Diario Oficial el 03/09/2004 que, en lo principal, establece un plan de salud obligatorio para el FONASA y las ISAPRE (el Régimen de Garantías en Salud), consistente en confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social, y define garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera.
- Ley N° 20.015, de 2005, conocida como la “Ley Larga de ISAPRE”, publicada en el Diario Oficial el 17/05/2005 y que, entre otras materias relativas al funcionamiento del Sistema ISAPRE, regula el proceso de adecuación anual de contratos, las alzas de precios,

Para su revisión, más que en la normativa específica, nos centraremos en la manifestación de sus objetivos, plasmados en los mensajes con que el Ejecutivo acompañó cada uno de estos proyectos enviados al Congreso a partir de 2002, y que en términos generales se refieren a:

- a) mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud;
- b) eficacia en las acciones realizadas;
- c) adecuada protección financiera frente a los eventos de enfermedad;
- d) mayor y mejor respuesta a las expectativas de la población; y
- e) mayor participación de la población.

Todo lo anterior, mejorando la eficiencia del Sistema en su conjunto, para asegurar la sustentabilidad en el tiempo.

Objetivos de la Ley N° 19.888, sobre Financiamiento.

La ley propone una serie de alzas moderadas de los tributos generales de la Nación a fin de financiar los diversos proyectos sociales y de modernización del Estado que impulsó el Gobierno del Presidente Ricardo Lagos.

Asimismo, la nueva carga impositiva que establece persigue objetivos sanitarios. En este sentido, el Ejecutivo señala que con el aumento de los impuestos que gravan el tabaco y sus derivados, sus acciones son “consistentes con los esfuerzos que realiza la comunidad internacional, coordinada por la Organización Mundial de la Salud, para desincentivar el consumo de tabaco”.⁷³

La propuesta –señala el mensaje del Ejecutivo– tiene un marcado efecto redistributivo y de equidad social.

En efecto, argumenta que “esta propuesta, por otra parte, está cuidadosamente diseñada para asegurar que sus beneficios sean percibidos por los sectores más vulnerables. Para evaluar este efecto es fundamental considerar el efecto conjunto de la reducción neta de impuestos que se propone y del gasto social que se financiará. La transferencia neta de recursos que el conjunto de estas medidas involucra para todos los sectores de la población se concentra particularmente, tanto en términos relativos como absolutos, en las familias más pobres del país. Así, las familias

⁷³ LAGOS, Ricardo. 2003. Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que inicia un Proyecto de Ley que establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno. [Disponible en línea: <<http://www.bcn.cl/histley/19888/>>]

pertenecientes al 20% más pobre del país percibirá más de la mitad de los beneficios de este conjunto de medidas y el 40% más pobre percibirá dos tercios de los beneficios. Si no se implementara esta propuesta, por otra parte, la menor recaudación en impuestos al comercio exterior produciría una ganancia de poder adquisitivo de 180 millones de dólares para el 20% más rico de la población. Este efecto se revierte con las medidas propuestas, pues el 48% de su financiamiento proviene del 20% más rico”⁷⁴.

Por último queremos destacar que las modificaciones que se introducen por la Ley N° 19.888 al sistema tributario, además de asegurar el financiamiento de los programas sociales prioritarios, tienen por finalidad complementar sus objetivos, en cuanto gravan determinados bienes, cuyo uso o consumo tiene un efecto dañino en la salud de las personas o generan externalidades negativas.

Objetivos de la Ley N° 19.895, “Ley corta de ISAPRE”.

Esta normativa responde a la contingencia de la época en que se propuso al Poder Legislativo, pues tuvo por objetivo prever y evitar la situación de crisis financiera y de fe pública en el mercado de capitales, en el de compañías de Seguro y especialmente en el sistema ISAPRE, que se generó a raíz del “caso Inverlink” durante el año 2003.⁷⁵

La iniciativa tuvo por objeto modificar la ley N° 18.933, cuya principal reforma ya estaba en el Congreso Nacional con motivo de la discusión del entonces llamado Plan AUGE, a fin de conceder mayores atribuciones a la entonces Superintendencia de ISAPRE hoy Superintendencia de Salud, las que le permitirían adoptar resguardos ante situaciones que pongan en riesgo los derechos de los afiliados y beneficiarios del sistema e introdujo nuevos mecanismos para asegurar la solvencia de las ISAPRE.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ A fines de enero de 2003 la opinión pública supo que un alto accionista y ejecutivo del Grupo Inverlink estaba acusado de participar en una situación de sustracción de información privilegiada al Banco Central, lo que –según se supo posteriormente– no era sino la punta del iceberg, ya que todo terminó en un escándalo de graves proporciones cuyas consecuencias hasta hoy no terminan, entre las que cabe destacar un daño a la fe pública, la pérdida de patrimonio fiscal, pérdidas para clientes e inversionistas que operaban con el grupo, el cierre de la corredora de bolsa y la intervención de la compañía de seguros del grupo y, en general, un daño al funcionamiento eficiente y competitivo del mercado. Para mayores antecedentes, véase Supervisión Financiera: Lecciones del Caso Inverlink de LARRAÍN, Christian. En: Estudios Públicos N° 92, Centro de Estudios Públicos. 2003. [Disponible en línea: <http://www.cepchile.cl/dms/lang_1/doc_3229.html>] [Consultada: 14.03.2008]

Asimismo, modificó el Decreto Ley N° 3.500, de 1980, que contiene el sistema de Administradoras de Fondos de Pensiones –AFP–, y la Ley de Seguros, Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de 1931.⁷⁶

Objetivos de la Ley N° 19.937, sobre Autoridad Sanitaria.

La ley propuso una nueva estructura sanitaria del sector público de salud, que se ajustara a las exigencias que imponen la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población.

Adicionalmente, se propusieron nuevas capacidades de gestión para superar las restricciones que originan ineficiencia en la administración de los recursos que el Estado y las personas destinan al cuidado de la salud de la población.

En suma, se señala que la iniciativa legal tiene tres propósitos fundamentales:

- Primero, fortalecer la institucionalidad y las potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una clara separación de funciones con la gestión de los Servicios de Salud.
- Segundo, establecer normas que permitan mejorar la gestión de los Servicios de Salud, adecuándola a los requerimientos del Sistema GES. Es así como se establece la constitución de Redes Asistenciales con mayor flexibilidad administrativa que la existente antes de la reforma, y con la obligación de rendir cuentas a la ciudadanía.
- Tercero, establecer instancias de participación ciudadana en las Secretarías Regionales Ministeriales y en las Direcciones de los Servicios de Salud.

Veremos cada uno de estos propósitos:

1. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.

El Estado tiene la responsabilidad indelegable de guiar el desarrollo del sector salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población.

La ley define las funciones y atribuciones necesarias para regular y fiscalizar la actividad en salud en la defensa de los usuarios de salud.

La Autoridad Sanitaria es la institucionalidad permanente del Estado, encargada de llevar a cabo estos objetivos con ejercicio de su autoridad en todo el territorio nacional y sobre todos y cada uno de los actores del sistema, de manera de asegurar la conducción política integral del sector salud y ejercer el liderazgo estratégico técnico del sistema.

⁷⁶ Para mayores antecedentes sobre el proyecto y su tramitación, véase: el Boletín N° 3263-11. [Disponible en línea: <<http://sil.congreso.cl/pags/index.html>>] [Consultada: 14.03.2008]

Debe vigilar y controlar los factores que afectan la salud, incluido el medio ambiente y la atención médica, y desarrollar políticas que contribuyan a generar condiciones para una vida más saludable.

Actúa en el espacio intersectorial y hacia todo el quehacer del Gobierno, de manera de promover y desarrollar políticas públicas de promoción y prevención, coherentes con las prioridades sanitarias.

La Autoridad Sanitaria tiene variados deberes. Así, debe formular políticas que permitan a las personas desarrollar estilos de vida saludable y condiciones para una mejor salud, que contribuyan a prevenir y controlar los riesgos de enfermar y debe garantizar el acceso a una promoción de la salud y atención de la enfermedad, digna, oportuna, humana y de calidad, al nivel que el país sea capaz de otorgar.

También debe conseguir un desarrollo armónico del sistema de salud, definir normas, obligaciones y reglas claras y uniformes para el funcionamiento de todos los agentes involucrados.

Además, debe velar y monitorear el cumplimiento de las normas, promover los derechos de las personas, resolver conflictos entre las partes y administrar sanciones, cuando corresponda.

La Autoridad Sanitaria debe ser claramente identificada por la ciudadanía como la entidad responsable de garantizar los derechos en salud.

Adicionalmente, la Autoridad Sanitaria juega un papel central en el diseño y desarrollo del proceso de ajuste del sistema a las necesidades de la población. Para ello debe estar dotada de capacidad de análisis de la realidad epidemiológica y de las estrategias válidas de salud pública, tanto del escenario nacional como internacional.

Estas responsabilidades deben cumplirse con plena independencia de intereses, por el mejoramiento de la salud de la población, la disminución de las brechas de equidad y los derechos de las personas.

Para cumplir efectivamente su rol, la Autoridad Sanitaria debe contar con instrumentos eficaces para ejercer las funciones de rectoría, regulación y fiscalización del sistema público y privado de salud. También debe contar con atribuciones que le permitan asegurar y verificar el cumplimiento de la normativa vigente y contar con mecanismos regulatorios en todo el territorio nacional, asegurando la existencia de relaciones entre ellos que permita el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles para el sector.

Para este fin, fue necesario dotarla de todos los instrumentos jurídicos, administrativos y medios financieros, que le permitan ejercer debidamente sus facultades respecto de la formulación de políticas, la dictación de normas y todas las otras actividades que permitan proteger la salud de la población y hacer respetar los derechos de los usuarios en relación con el seguro de salud y con los prestadores.

En suma, el rediseño de la Autoridad Sanitaria, se dijo, “contribuirá al fortalecimiento de la salud pública, por una parte, a través de una mejor definición de su estructura y funciones (nacional y regional), de las tareas esenciales de salud pública, de la formulación y ejecución del Plan de Salud Pública, nacional y regional; y, por la otra, mediante el aseguramiento de su financiamiento en forma independiente a la cobertura de la atención médica. Debe haber un justo equilibrio entre lo curativo-asistencial y la promoción-prevención, que evite el desarrollo de enfermedades”.⁷⁷

En este nuevo diseño, se propuso una organización que permitiera una visión integral para que cuente con una gestión dedicada al tema de la Salud Pública y que diera cuenta de su actividad, asignándole un presupuesto propio y fortaleciendo sus capacidades de fiscalización.

La institucionalidad propuesta, aseguraría lo siguiente:

- Rectoría y regulación de la Autoridad Sanitaria sobre todo el sector salud, tanto público, como privado.
- Rectoría de la autoridad sanitaria en el espacio intersectorial.
- Conducción política integral del sector salud.
- Liderazgo estratégico técnico sobre todos los actores del sistema.
- Un sistema de normas, obligaciones y reglas coherentes y equilibradas para el funcionamiento para todos los agentes involucrados.
- Un sistema de monitoreo del cumplimiento de la normativa vigente y mecanismos regulatorios en todo el territorio nacional.
- Capacidad para garantizar protección y promoción de la salud a la población.
- Asegurar el acceso a los servicios de salud. en particular de las poblaciones más vulnerables.

⁷⁷ CONGRESO NACIONAL. Historia de la Ley N° 19.937. Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. (boletín N° 2980-11) [Disponible en línea: <<http://www.bcn.cl/histley/19937/>>] [Recopilado con fecha: 17.04.2008]

- Garantizar los derechos en salud de los usuarios.
- Asegurar garantías de protección financiera para la familia.
- Dar cobertura sanitaria a toda la población.
- Fiscalizar el cumplimiento del Régimen GES.

Para tales efectos, el proyecto planteaba fortalecer la Autoridad Sanitaria Regional, basado en los siguientes requerimientos:

- Separar las funciones de gestión y fiscalización de la prestación pública que convivía en los Servicios de Salud. Con ello se eliminaba la existencia de una institución que actuaba como juez y parte.
- Tener una institución desconcentrada. Se requería que la Autoridad Sanitaria actuara con uniformidad de criterios en la interpretación de las normas a lo largo del territorio nacional, y que en la actuación de la Autoridad Sanitaria Regional se resguardara la necesaria cohesión de las políticas de relevancia nacional y la independencia respecto de presiones locales.
- Contar con una entidad cercana a la personas, para que éstas puedan canalizar sus reclamos, dudas y demandas respecto a los prestadores públicos y privado.
- Integrar toda la capacidad sanitaria regional de manera de asegurar una visión y evaluación integral de las políticas sanitarias a nivel de la región.

2. Nuevas herramientas para la gestión.

La estrategia definida en el marco de la Reforma de la Salud, para la situación descrita más arriba, fue el fortalecimiento de las medidas de promoción de estilos de vida saludable, que orientara a las personas a tomar mayor responsabilidad en la mantención de su salud y a las instituciones a la creación de ambientes saludables en el trabajo y en la ciudad.

La promoción orientada a las personas, se realizaría principalmente en los Consultorios, pero sería responsabilidad de todos los niveles de complejidad.

La dotación de capacidades de prevención eficaz y de atención de salud cercana al domicilio, se realizaría también en los Consultorios.

Se dijo que en la medida que el proceso de la enfermedad progresara o se detectara en etapas avanzadas, el enfermo debía derivarse a los niveles más altos de complejidad médica que corresponde a los hospitales, progresión que termina en los hospitales Especializados de Alta Complejidad.

Para ello, el proyecto configuró una Red Asistencial constituida por los profesionales, equipamientos, y otros recursos de salud organizados para el mejor y más eficiente cuidado de la salud y tratamiento de la enfermedad de la población que habita en el territorio bajo su responsabilidad. La gestión de la Red Asistencial abarcaba los establecimientos orientados al manejo de situaciones de baja complejidad médica y alta complejidad social en la Atención Primaria, y los hospitales y centros especializados orientados al manejo de situaciones de mediana y alta complejidad.

La situación previa a la reforma, definida a partir del perfil epidemiológico, requería una estrategia de organización de los recursos de salud que fortaleciera la Atención Primaria y especializara a los hospitales en el sentido de lograr una redistribución de los recursos acorde con los procesos de enfermedad predominantes y que se organizara en red para asegurar que las personas reciban el cuidado adecuado a su estado de salud y etapa del proceso de enfermedad.

Se señaló que se requería transitar desde una estrategia de organización centrada en el acceso a las prestaciones médicas y la medicina hospitalaria, hacia otro en que se buscara establecer ambientes saludables en el hogar, el trabajo y la comunidad en general, que junto con cambios en las conductas personales y la prevención sistemática, sería la manera más cierta de mantener sana a la población y garantizar equidad en salud.

El cambio de estrategia fue también necesario porque la experiencia internacional, en particular en los países desarrollados, demostraba que en las últimas décadas el gasto en salud experimentó un crecimiento constante, como proporción del producto interno bruto y que este crecimiento es de rendimiento decreciente en su impacto en la salud de la población, respecto de los gastos incurridos, en particular cuando se privilegia el acceso a la medicina curativa sin un desarrollo correspondiente de la promoción y prevención de la salud.

Por otra parte, numerosos estudios señalaban que una proporción considerable del incremento del gasto no era atribuible a acciones terapéuticas eficaces, sino más bien a lo que se denominó “medicina innecesaria”, que es la inducción al consumo de prestaciones o medicamentos cuyo impacto positivo no se ha demostrado con pruebas científicas.

En consecuencia, la propuesta de un nuevo modelo de atención buscaba incidir tanto en un mejoramiento sustantivo de la salud de la población como también en un control de los gastos, de manera que éstos tuviesen un costo/efectividad demostrable.

Las modificaciones consideradas en el proyecto de ley buscaban solucionar los principales problemas de gestión con que se enfrentaban los Servicios de Salud, dotándolos de capacidades suficientes para responder adecuadamente a las garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad, que contiene el Régimen de Garantías en Salud.

Para tal efecto, en primer lugar, se buscaba especializar a los Servicios en la atención de las necesidades de salud de las personas, abandonando todas sus responsabilidades ajenas al quehacer asistencial.

Se buscaba que las Redes Asistenciales de los Servicios, compuestas por establecimientos públicos y privados, respondieran eficaz y eficientemente a los desafíos que impone el Régimen de Garantías en Salud.

Para ello se dotó al Director del Servicio de las atribuciones para organizar y coordinar estos establecimientos, enfatizando en la ley la necesidad de tener una preocupación particular por la mejoría de la capacidad resolutoria del nivel primario de atención.

En segundo lugar, se quiso profesionalizar la gestión de los Servicios. Para ello se propuso que los directivos de los servicios, manteniendo su condición de funcionarios de confianza del Presidente de la República, ocupen esos cargos después de un proceso de selección público con requisitos de experiencia y capacidades acreditadas, lo que sucede en la actualidad a través del Servicio Civil.

También el proyecto de ley agregó atribuciones y facultades que facilitarían la gestión de las redes asistenciales.

Con estas modificaciones se buscaba reforzar la descentralización y autonomía de los Servicios de Salud y también los mecanismos para monitorear la gestión de sus autoridades, teniendo como eje la respuesta oportuna y satisfactoria a las necesidades de los usuarios.

3. Fortalecimiento de la Participación Ciudadana.

La ausencia de mecanismos de control social y rendición de cuentas, obviamente ausentes en la reforma de los ochenta, contribuyeron a que los problemas priorizados por los servicios de salud no coincidieran necesariamente con las necesidades de sus usuarios, con las consecuencias consiguientes en alto niveles de insatisfacción y listas de espera.

En relación con lo anterior, el proyecto de ley buscó generar las instancias para hacer efectiva la participación ciudadana en la gestión del sistema de salud y, para ello, además del

Consejo del Régimen GES propuesto en el proyecto de ley del Régimen de Garantías en Salud, se propusieron diversos mecanismos de participación de la población usuaria.

Objetivos de la Ley N° 19.966, que Establece un Régimen de Garantías en Salud.

Ya revisamos en el apartado relativo a la caracterización del actual proceso de reforma, los objetivos perseguidos por la autoridad para impulsarla. Sólo agregaremos en esta parte cuales fueron, a juicio del Ejecutivo, los pilares fundamentales sobre los cuales descansaba la reforma a la salud, que pueden resumirse en los siguientes:

Derecho a la Salud.

“Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas. Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país. Para resguardar el derecho a la salud, no basta con su declaración, sino que se hacía necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles”⁷⁸.

Equidad en Salud.

La equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar.

La reforma de salud proponía reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud.

Se argumentaba en el Mensaje del Proyecto que “en nuestro país, existen situaciones de desigualdad respecto de la salud de las personas, tanto en el acceso a los servicios como en los resultados observados en los indicadores nacionales, que se expresan, entre otros, en diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas.

La inequidad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de la vida de las

⁷⁸ CONGRESO NACIONAL. Historia de la Ley N° 19.966. Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que se inicia un Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud. [Disponible en línea: <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html>]

personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de vida de las personas y un aumento de la discapacidad y dependencia.

Por el contrario, la equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello tenemos que dedicar nuestros mayores esfuerzos”.⁷⁹

Solidaridad en Salud.

Otro de los principios que inspiran la reforma es la solidaridad, entendida como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos.

Igualar garantías implica que los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada y los ricos con los pobres.

Eficiencia en el uso de los recursos.

Para poder materializar los valores de equidad y solidaridad en salud, de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho a la misma, el Ejecutivo planteó que era “condición necesaria alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos que crecientemente se invertirán en el sector”, siendo –a su juicio– reconocido el esfuerzo de inversión fiscal que se había realizado desde mediados de los 90 en el sistema de salud, destinado principalmente a recuperar la infraestructura pública, fortalecer la atención primaria y recuperar el poder adquisitivo de las remuneraciones del personal del sector.

Sin embargo, –agregaba el Mensaje– existe evidencia que este esfuerzo podría haberse reflejado de manera más significativa en la cantidad y calidad de las prestaciones otorgadas a la ciudadanía. Existiendo, por lo tanto, un espacio para lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos, que se tradujera en una mejor atención médica y un mejor trato para la población.

Esta mayor eficiencia debía alcanzarse a través de mejoras de gestión, que involucraran tanto los ámbitos de recursos humanos y financieros, donde era necesario terminar con problemas de administración de personal y de deuda, entre otros; como a los propios beneficiarios, en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios en salud.

⁷⁹ CONGRESO NACIONAL. Historia de la Ley N° 19.966. Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que se inicia un Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud. [Disponible en línea: <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html>]

En consecuencia, el compromiso de lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos implicaba un esfuerzo tanto de prestadores como de usuarios, e iba en directo beneficio de la salud de la población.

Participación social.

La participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales, constituye una dimensión importante de la vida cívica democrática.

Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos.

Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al sistema de salud y las correspondientes políticas públicas.

La participación ciudadana –se dijo– debía comprenderse como un mecanismo de mejoramiento social de las actividades de salud.

La adecuada e informada participación de los usuarios, requería transparencia para llevar a cabo el proceso y para conocer sus resultados. Ello aseguraría la legitimación social de nuestro sistema de salud y la superación de la insatisfacción ciudadana que hemos registrado en los últimos años. Definir un modelo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, fue propósito de la reforma a la salud.

Para un proceso de mejoramiento integral, profundo y eficiente del sistema de salud era necesario darle la mayor relevancia a la interlocución con los actores sociales involucrados, cómo se compromete su participación, y cómo se generan mecanismos para conocer y aprovechar sus aportes.

Objetivos de Ley N° 20.015, que Modifica la Ley N° 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.

Los principales objetivos del proyecto fueron:

1. Limitar alzas de precios: El caso de los denominados cotizantes cautivos.

Cuando un afiliado enfrenta el proceso de adecuación de su plan de salud, contemplado en el artículo 38 de la ley vigente, tiene el derecho de aceptar o rechazar la proposición formulada por la respectiva institución de salud previsional.

Siendo esencial la voluntad del cotizante para la ponderación y aceptación o rechazo de la adecuación propuesta, existen situaciones en que dicha voluntad se ve severamente afectada por

razones de edad, o por la existencia de antecedentes de salud suyos o de algunos de sus beneficiarios.

En efecto, dichos antecedentes pueden llegar a impedir o restringir la posibilidad de contratar con otra institución de salud previsual, viéndose forzado el cotizante a aceptar tal adecuación para no ser expulsado del sistema privado de salud. Lo señalado anteriormente configura una situación de “cautividad” al interior de la ISAPRE a que se está afiliado.

Con el objeto de proteger a los cotizantes que se encuentren en esta situación, se propuso limitar el alza de precio de los contratos de cotizantes cautivos, sujetándola a un índice máximo definido por la Superintendencia de acuerdo a reglas de general aplicación.

2. Mantener el contrato de salud para las cargas, cuando el cotizante fallece.

Un segundo objetivo que perseguía el proyecto de ley, buscaba disminuir los efectos que tenía para los beneficiarios la muerte del cotizante en el sistema ISAPRE. El principal de estos efectos era el término del contrato de salud y, consecuencialmente, el desamparo previsual en que, por regla general, quedaban quienes aparecen identificados en los documentos contractuales como cargas de aquél.

La iniciativa buscó garantizar a los beneficiarios, dentro del sistema ISAPRE, el acceso a las atenciones de salud en el período inmediatamente posterior a la muerte del cotizante.

3. Mantener, sin restricciones, la protección de salud para el beneficiario que pasa a ser cotizante.

A continuación, el proyecto buscó solucionar la situación que afectaba a las personas que habían sido beneficiarias legales de una ISAPRE y que, a raíz de sus antecedentes de salud, no eran admitidas por la misma institución como titulares de un contrato cuando comenzaban a percibir ingresos.

La situación descrita se había vuelto cada vez más frecuente al interior del sistema y afectaba especialmente a las mujeres que se reintegraban a la actividad laboral después de un período destinado al cuidado de los hijos como, asimismo, a los jóvenes que dejaban de ser cargas de sus padres y se incorporaban a la actividad laboral.

La propuesta pretendía evitar que aquellas personas que habiendo sido beneficiarias del sistema privado de salud durante largos períodos, fuesen expulsadas exclusivamente porque eran portadoras de ciertos antecedentes de salud, por lo general, originados cuando ya eran beneficiarias de la institución.

4. Uniformidad de aranceles.

La normativa legal vigente –se decía en el Mensaje⁸⁰– contemplaba la libertad de las instituciones para configurar y valorizar sus aranceles, es decir, los listados de prestaciones que se utilizan para determinar el financiamiento de las atenciones de salud, con la única limitación de que éstos contengan, a lo menos, las mismas prestaciones contempladas en el Arancel del Fondo Nacional de Salud, en su modalidad de libre elección.

Dicha libertad se traducía en una gran diversidad en la forma, contenido, valores y reajustabilidad de los aranceles de las distintas instituciones. Incluso, muchas de ellas habían generado aranceles diferenciados para distintos planes de salud, habiéndose convertido, en la práctica, en un reflejo de políticas comerciales y de compensación de las instituciones, más que en listados de prestaciones con precios de referencia de mercado.

La multiplicidad de aranceles no sólo dificultaba considerablemente su conocimiento y comprensión por parte de los usuarios sino, además, el ejercicio de las funciones de supervigilancia y control de la Superintendencia.

El proyecto, en esa parte, buscaba uniformar tales aranceles, avanzando hacia un arancel único para el Sistema ISAPRE.

5. Dotar a la Superintendencia de nuevas herramientas que permitieran precaver situaciones riesgosas para los derechos de las personas.

Las amonestaciones, las multas y la posibilidad de cancelar el registro de una ISAPRE, eran instrumentos sancionatorios previstos en los artículos 45 y 46 de la ley N° 18.933.

Tales sanciones tenían por finalidad reprimir el incumplimiento por parte de las Instituciones fiscalizadas de las obligaciones que les imponía la ley, de las instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes pronunciados por la Superintendencia y, en el extremo, a poner término al funcionamiento de una ISAPRE que no contaba con los fondos de garantía o patrimoniales mínimos para operar, o que incumplía grave y reiteradamente sus obligaciones legales y reglamentarias.

Lo anterior, reflejaba la existencia en la ley de ISAPRE de un sistema sancionatorio que transitaba drásticamente desde las amonestaciones y multas, a la cancelación del registro de la

⁸⁰ CONGRESO NACIONAL. Historia de la Ley N° 20.015. Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que modifica la ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsual. (boletín N° 2981-11). [Disponible en línea: <http://www.bcn.cl/histley/lfs/hdl-20015/LEY_20015_COMPLETA.pdf>]

Institución de Salud, lo que impedía abordar en forma adecuada y eficiente toda la gama de situaciones intermedias en que, la aplicación de amonestaciones o multas resultaba insuficiente, y la cancelación de un registro, un acto improcedente o exagerado.

Para tales efectos, por una parte, se buscó dotar de facultades a la Superintendencia para que interviniera ante situaciones financieras deficitarias o complejas que afectaran a las instituciones de salud previsional que, si bien no configuran, en sí mismas, causales de cancelación del registro, sí pueden poner en grave riesgo el ejercicio de los derechos de los beneficiarios.

De esta forma, la autoridad fiscalizadora contaría en forma oportuna y completa con la información relevante para resguardar el cumplimiento de los contratos de salud y adoptar las medidas adecuadas para el logro de dicho fin.

En segundo lugar, se pretendió contar con mayores niveles de confiabilidad de la información financiera-contable de las instituciones, que otorgara mayores niveles de confiabilidad y transparencia.

Dicha información permitiría adoptar rápida y fundadamente, las medidas que procedieran frente a situaciones financieras críticas que pudieran alterar el normal funcionamiento de las instituciones. En tal sentido, el proyecto diseñó un esquema de auditoría externa de acuerdo al parámetro más exigente de la industria nacional, que corresponde al de las sociedades anónimas abiertas, y confirió atribuciones a la Superintendencia respecto de estos auditores a fin de que, entre otras materias, pudiera requerirles informes específicos e impartirles instrucciones respecto al contenido de los mismos.

Por esta vía, se pretendía perfeccionar la regularidad y veracidad de la información financiera de las instituciones fiscalizadas y, paralelamente, maximizar los recursos que la Superintendencia empleaba en la auditoría de las instituciones, focalizándolos en las materias relativas al otorgamiento de los beneficios contractuales de los beneficiarios.

En tercer lugar, existía la necesidad de que la Superintendencia interviniera en aquellos trasposos de cartera que se producen con motivo de ventas, fusiones y/o absorciones entre las empresas fiscalizadas, para garantizar que dichos procesos comerciales se realizaran de forma tal que no afectaran los derechos de los afiliados y beneficiarios involucrados en éstos.

En cuarto lugar, y en un símil con otros organismos fiscalizadores, se dotó a la Superintendencia de la potestad de conocer los hechos relevantes que afectan, o pudieran afectar, a las ISAPRE.

Lo anterior se justificaba, por cuanto, abandonando un rol meramente asegurador y de financiamiento de las prestaciones, en los últimos años las instituciones llegaron a materializar una serie de operaciones comerciales tendientes a controlar mejor los costos en salud y lograr economías de escala.

Dichas operaciones se habían traducido en la adquisición de la propiedad de otras instituciones de salud, o en la participación en éstas con el fin de controlarlas sin llegar a la fusión entre ellas.

En este contexto, las facultades de supervigilancia y control que otorgaba la antigua ley de ISAPRE a la Superintendencia, no le permitían exigir a las instituciones de salud toda la información sobre hechos esenciales o relevantes de sus negocios.

Dada la diversificación y complejidad de las operaciones comerciales desarrolladas por las ISAPRE, la autoridad fiscalizadora estaba en una situación de franca desventaja porque se veía impedida de efectuar una revisión integral de la fortaleza patrimonial de dichas instituciones, siempre orientada al resguardo del cumplimiento de las estipulaciones de los contratos de salud y a la protección de los derechos y obligaciones emanadas de éstos.

En quinto lugar, se facultó a la Superintendencia para aplicar multas de hasta 1.000 Unidades de Fomento.

El fundamento de esta última propuesta descansaba en el hecho de que, aunque el artículo 45 de la ley N° 18.933, facultaba a la Superintendencia para aplicar sanciones a las entidades fiscalizadas –amonestaciones o multas–, en los casos de incumplimiento de las obligaciones que impone la ley, instrucciones de general aplicación, resoluciones y dictámenes, el monto máximo de multa previsto de 500 UF era notoriamente insuficiente para generar un efecto disuasivo en el sistema en general, y en cada entidad fiscalizada en particular.

En efecto, la experiencia demostraba que la aplicación de la sanción de máxima envergadura no constituía un desincentivo relevante para evitar que las ISAPRE incurrieran en conductas infraccionales.

6. Otorgar el derecho de los cotizantes de permanecer en el sistema privado, cuando a su Institución se le ha cancelado el registro.

De acuerdo a lo dispuesto en el antiguo artículo 47 de la ley N° 18.933, en los casos de cancelación del registro de una ISAPRE, los cotizantes de ésta eran expulsados del sistema privado de salud por causas ajenas a su voluntad, quedando afectos por el solo ministerio de la ley al régimen del Fondo Nacional de Salud.

La aplicación de este traspaso automático y legal de los cotizantes y beneficiarios de la ISAPRE, cuyo registro se cancelaba, al Fondo Nacional de Salud, generaba una serie de inconvenientes y desventajas, tales como la pérdida de la antigüedad de los contratos; la imposibilidad de los cotizantes cautivos por edad o enfermedad, de reingresar al sistema privado de salud; y una recarga injustificada a un sistema público que se veía obligado a subsidiar una situación de colapso que debía ser abordada al interior del sistema ISAPRE por el conjunto de sus actores.

Atendiendo a lo anterior, las principales reformas en esta materia apuntaron a otorgar a los cotizantes de la Institución cuyo registro fuese cancelado por resolución ejecutoriada, el derecho a incorporarse a la institución de salud previsional que elijan.

7. Transparentar la actividad de los agentes de ventas.

Paralelamente, el proyecto pretendía regular la actividad de los agentes de ventas, dado el importante rol que éstos desempeñan en los distintos procesos contractuales, como orientadores de las decisiones de los potenciales contratantes o de los cotizantes y, asimismo, dada la necesidad de aumentar la transparencia del sistema asegurando la existencia de profesionales de mayor idoneidad y preparación.

2.- Revisión de Políticas Públicas para combatir la inequidad en Salud de los dos últimos gobiernos de la Concertación.

A continuación daremos cuenta de uno de los aspectos medulares de esta tesis, esto es, un conjunto de políticas públicas tendientes a combatir la inequidad en Salud desarrolladas por los dos últimos gobiernos de la Concertación, es decir, durante la presidencia de Ricardo Lagos (2000-2005) y Michelle Bachelet (2006-2010).

Dichas políticas públicas, desarrolladas por el Estado a través de los articuladores del Sector Salud, es decir, el Ministerio de Salud y el FONASA comprenden desde algunos programas especiales focalizados en población vulnerable, hasta una intervención pionera a nivel mundial, cual es el Régimen General de Garantías en Salud.

2.1.- Programas Especiales del Fondo Nacional de Salud

En esta parte revisaremos tres programas especiales del FONASA tendientes a reducir la inequidad en salud. Así, tenemos los siguientes:

- Programa de Préstamos Médicos,
- Programa de Seguro Catastrófico, y
- Programa del Adulto Mayor.

Programa de Préstamos Médicos.

Los Préstamos Médicos o préstamos de salud se enmarcan en el área de acción del Plan Nacional de Salud. Son otorgados por el FONASA a beneficiarios de escasos recursos, para apoyarlos en el financiamiento total o parcial del monto que les corresponde pagar por las prestaciones de salud que han recibido del prestador público o de los prestadores privados.⁸¹

Puesto que los préstamos de salud tienen carácter de extraordinarios y pueden darse para enfrentar situaciones de riesgo vital, su existencia tiene gran importancia.

Ellos pueden cubrir:

- La totalidad del copago de las atenciones calificadas como de emergencia o de los medicamentos entregados en los consultorios de especialidad de los establecimientos públicos;
- Hasta un 42,5% del valor total en nivel 1 de las atenciones que dan origen a la confección de un programa de atención de adquisición de órtesis;
- Adquisición de prótesis (por ejemplo, lentes ópticos y audífonos);
- Hospitalizaciones (mínimo una noche);
- Tratamientos psiquiátricos y de radioterapia;
- 100% de financiamiento en el caso de pacientes dializados (este rubro, actualmente incluido en el Régimen GES, ocupó hasta el 2002 la mayor parte de esta línea de financiamiento);
- Intervenciones quirúrgicas inscritas en el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD) o “Cuenta Conocida”.

Las canastas de prestaciones cubiertas por esta modalidad (todas ellas quedaron luego insertas en el Régimen GES) son:

- Canasta PAD Cataratas

⁸¹ FONASA. Sitio institucional: <<http://www.fonasa.cl>>

- Canasta PAD Parto
- Canasta PAD Colelitiasis
- Canasta PAD Hiperplasia de la Próstata

Pueden solicitar un préstamo los beneficiarios que coticen en el FONASA y sus dependientes legales respectivos.

El principio de gradualidad que se ha aplicado en la reforma de la salud en Chile se manifiesta en lo siguiente: a partir del 2003 se asignaron menos recursos de PAD a las canastas PAD Cataratas y PAD Partos, fundamentalmente porque para ambas hubo una disminución del arancel y un aumento de la bonificación. Posteriormente, en julio del 2005, después que el Régimen GES institucionalizara patologías, diera más amplia cobertura y estableciera atención universal y exigible para nuevos problemas de salud, estas canastas quedaron incluidas en dicho Plan, de modo que se eliminó la excepcionalidad como mecanismo para resolver situaciones de exclusión por carencia de recursos.

Programa de Seguro Catastrófico

A mediados de la década de 1990 se hizo un catastro de prestaciones complejas, caracterizadas por tener elevado costo; ser otorgadas por profesionales altamente especializados; requerir apoyo tecnológico sofisticado y caro, e incidir fuertemente en el gasto total de los establecimientos públicos de salud, razón por la cual incrementaban notoriamente las listas de espera.⁸²

Con esta información se intentó, primeramente, articular un programa que vinculara las prioridades de salud con los mecanismos de pago vigentes, a fin de aminorar en los servicios públicos los desincentivos para otorgar las prestaciones de mayor costo, como el temor a ser “mal calificados” por acrecentar la deuda hospitalaria.

La Resolución Exenta N° 1.885 de los Ministerios de Salud y Hacienda de 28 de noviembre de 1997 otorgó garantías de gratuidad a la atención de las primeras enfermedades que fueron cubiertas por lo que en ese momento se calificó legalmente de Seguro Catastrófico. Para estos efectos se definieron productos o canastas con financiamiento por PAD, que incluían prestaciones (días/cama, exámenes y procedimientos, intervención quirúrgica), frecuencia de uso, precios unitarios y costo total. Esas canastas –grupos de prestaciones– fueron elaboradas sobre la

⁸² URRIOLA, Rafael. Op. cit.

base de criterios de expertos y revisión de fichas clínicas, y con el apoyo de estudios nacionales e internacionales.

Así, a medida que los servicios de salud eran compensados a precios reales por atender las enfermedades ahora llamadas catastróficas, ya no encontraban razones para mantener sobrecargadas las listas de espera. Por su parte, los beneficiarios del Seguro Catastrófico empezaron a disfrutar de un 100% de cobertura financiera, sin pagos adicionales y, además, comenzó a establecerse lo que posteriormente fue parte de los principios básicos de la reforma de salud: esto es, plazos garantizados para obtener las prestaciones, y atención preferencial mediante una mejor información sobre los derechos de los usuarios, el servicio de “Fono-Ayuda” y la instalación paulatina de una red de reclamos.

En el 2001 se incorporó a esas patologías el SIDA, que también luego quedó cubierto por el Régimen GES, y en el 2003 la mayor cantidad de prestaciones consistió en cuidados paliativos (45.712); drogas antineoplásicas del Programa Nacional de Drogas Antineoplásicas (11.328); exámenes complejos de cáncer (8.300) y tratamientos para el cáncer de cuello uterino (7.802). En cambio, los mayores gastos fueron destinados a hemodiálisis (10.250 millones de pesos); cardiocirugías (9.854 millones de pesos) y SIDA (8.830 millones de pesos).

Entre comienzos de 1999 y fines del 2004 se destinaron cerca de 350 millones de dólares a paliar los impactos monetarios de enfermedades de más de 200.000 personas. Estos costos normalmente no hubieran podido ser asumidos por ellas de manera individual.

La posibilidad de agravar la situación de salud con una catástrofe económica ha estado presente siempre en la población, particularmente entre quienes cuentan con planes restringidos en los seguros privados. De hecho, a medida que el FONASA incorporaba nuevas patologías al Seguro Catastrófico, las ISAPRE se iban viendo obligadas a establecer beneficios similares para retener a sus clientes (Urriola, 2005).

En realidad, el Seguro Catastrófico abrió las puertas a un debate que culminó con la reforma a la cobertura de las garantías financieras en el Régimen GES, donde finalmente se aprobó que los afiliados al FONASA y a las ISAPRE tendrían derecho a un copago máximo de 20% ante los problemas de salud cubiertos por dicho Régimen, con la garantía adicional de un límite máximo anual no superior a aproximadamente el 17% de lo que percibe el afiliado por año.

Programa del Adulto Mayor

Este programa apunta a mejorar la calidad de vida del adulto mayor mediante la entrega de elementos (órtesis y prótesis) que eviten la merma de su capacidad funcional y, además, a ampliar la cobertura de la resolución de las patologías más frecuentes y de más alto costo que afectan a este grupo etario.

Por cierto, la necesidad de crear programas especiales compensatorios para adultos mayores se debe al bajo nivel de cobertura y de ingresos que brinda la seguridad social del país a los jubilados.

Por ello, a partir del 2001 los adultos mayores disfrutaban de gratuidad en los servicios de salud en la Modalidad de Atención Institucional del FONASA, cualesquiera sean sus ingresos. Se estima que las personas de 65 años y más constituirán el 9% de la población en 2010 y que la oferta institucional de servicios para ellos no está aún preparada.

Las enfermedades que más causan muertes de adultos mayores son: la enfermedad isquémica del corazón, es decir, las enfermedades a las arterias coronarias; las enfermedades cerebrovasculares, más conocidas como “accidentes cerebrales”, y las neumonías o infecciones graves de los pulmones y bronquios. Todas ellas son tratadas en virtud del Programa Adulto Mayor, que tiene alrededor de 100.000 beneficiarios anuales (cerca del 10% de la población en este tramo etario).

El sistema público, además, hace campañas de prevención dirigidas a este grupo, entre las cuales destaca la conocida como “campana de invierno”. Esta campana incluye programas de vacunación masiva; aumento de número de camas en hospitales para recibir a los pacientes más graves que requieren hospitalización; adecuación de salas de atención para Infecciones Respiratorias Agudas y Enfermedades Respiratorias Agudas en los consultorios (Salas IRA y ERA), y apertura extraordinaria de consultorios durante los fines de semana en zonas donde se requiera. Asimismo, el Programa Años Dorados otorga un suplemento alimenticio a los mayores de 70 años que estén registrados en algún consultorio adscrito a este programa y que tengan al día sus controles de salud y de enfermedades crónicas.

Cabe destacar que todos estos programas y subprogramas especiales se fueron creando a partir de la demanda expresada por los afiliados, la que, según se estima, de no mediar líneas de financiamiento excepcionales no habría podido ser satisfecha por los pacientes. A medida que se vaya institucionalizando la “universalidad” de todas o parte de las prestaciones mediante el

Régimen GES, los programas compensatorios y focalizados como los que se han descrito tenderán a redefinirse o a subsumirse en un plan de mayor cobertura. De hecho, el Régimen GES se construyó sobre la base de lo que la experiencia señalaba como problemas prioritarios y que eran tratados de manera parcial en los programas mencionados.

2.2.- El Régimen General de Garantías en Salud.

Para comenzar a tratar este tema, debemos hacer precisiones y distinciones respecto de conceptos con los que se confunde: el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), el Régimen General de Garantías en Salud (RGGGS) y las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Pocos conceptos han sido tan mencionados, discutidos y confundidos en los últimos años en el ámbito sanitario, tanto por su trascendencia como por la similitud que en apariencia poseen.⁸³

Las tres instituciones tomaron su forma definitiva o fueron creadas durante la tramitación parlamentaria de los proyectos de ley, habiendo considerado originalmente el ejecutivo sólo los conceptos de “Auge” y “Régimen de Garantías en Salud” (el que finalmente fue reemplazado).

En efecto, el Mensaje del Ejecutivo N° 1/347, de 22 de mayo de 2002, proponía el establecimiento de un “Régimen de Garantías en Salud”, disponiendo su artículo 1° que *“la presente ley tiene por objeto regular el régimen de garantías en salud, en adelante, también, “el régimen”. Dicho régimen es parte integrante del sistema de acceso universal con garantías explícitas, junto a las acciones de salud pública elaboradas por el Ministerio de Salud, conforme a la normativa vigente, y a las demás prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933”*.

Este régimen, de acuerdo al artículo 3° del proyecto, establecería un conjunto priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las prestaciones de salud asociadas a ellas, con garantías explícitas relativas a acceso y a niveles de oportunidad, protección financiera y calidad de las mismas, que el FONASA y las ISAPRE deberían asegurar a sus respectivos beneficiarios.

Mediante indicaciones del Ejecutivo, de 15 de diciembre de 2003 y 22 de junio de 2004, encontrándose el proyecto de ley en trámite en el Senado, se propuso la modificación de los artículos referidos, tomando forma definitiva las instituciones del AUGE, RGGGS y GES, las que describiremos a continuación.

⁸³ Seguimos en esta parte a NANCUANTE, Ulises y ROMERO, Andrés. Op. cit.

El AUGE es el “Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas”, siendo un conjunto compuesto por todas las acciones de salud que otorgan los sistemas público y privado de salud.

Sin embargo, la única referencia que la legislación establece en relación al concepto AUGE la señala el numeral 7 del artículo 4° del DFL N° 1, de 2005, de Salud, que dispone como una de las funciones del Ministerio de Salud “*Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas, en adelante, también, “Sistema AUGE”, el que incluye las acciones de salud pública y las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios a que se refieren los Libros II y III de esta Ley*”. Cabe señalar que este concepto fue propuesto por el ejecutivo, en su forma definitiva, en el Mensaje N° 81-347, de 25 de junio de 2002, mediante el cual se proponía una serie de modificaciones al Decreto Ley N° 2.763, de 1979, no sufriendo variaciones en el trámite parlamentario.

Así, pues, componen el Sistema AUGE:

- Las *acciones de Salud Pública* a cargo del Ministerio de Salud.
- *Prestaciones y beneficios de cargo del Fondo Nacional de Salud* a sus afiliados y beneficiarios:
 - Prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y programas que el FONASA deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su *modalidad de atención institucional* (Régimen General de Garantías en Salud). Incluye:
 - Prestaciones con *Garantías Explícitas*, asociadas a programas, enfermedades o condiciones de salud específicas. (Garantías Explícitas en Salud).
 - Prestaciones no asociadas a programas, enfermedades o condiciones de salud específicas. Forman parte de este conjunto:
 - Examen de medicina preventiva.
 - Asistencia médica curativa.
 - Atención odontológica.
 - Protección a toda mujer embarazada y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, la que comprenderá el control del embarazo y

- Prestaciones de salud que otorga el FONASA en su *modalidad de libre elección*.
- *Prestaciones de carácter pecuniario* que debe otorgar el Fonasa a los trabajadores afiliados, dependientes o independientes, que hagan uso de licencia por incapacidad total o parcial para trabajar, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo (Subsidio por Incapacidad Laboral “SIL”).
- *Prestaciones y beneficios de cargo de las Instituciones de Salud Previsional* a sus afiliados y beneficiarios:
 - Prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo que las ISAPRE deben cubrir a sus respectivos beneficiarios. Incluye:
 - *Las Garantías Explícitas en Salud* señaladas precedentemente.
 - *Plan complementario* de salud, el que incluye:
 - Examen de medicina preventiva.
 - Protección a la mujer embarazada y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo, la que comprenderá el control del embarazo y puerperio. El niño recién nacido y hasta los seis años de edad tendrá también derecho a la protección y control de salud.
 - Las prestaciones y la cobertura financiera que se fije como mínimo para la modalidad de libre elección que debe otorgar el Fondo Nacional de Salud.
 - Las demás prestaciones y beneficios que se pacten con el afiliado.
 - *Prestaciones de carácter pecuniario* que debe otorgar la ISAPRE a los trabajadores afiliados, dependientes o independientes, que hagan uso de licencia por incapacidad total o parcial para trabajar, por enfermedad que no sea profesional o accidente que no sea del trabajo (Subsidio por Incapacidad Laboral “SIL”).

En consecuencia, la relación entre los términos que acabamos de revisar es de continente a contenido, siendo el más amplio el AUGE.

El Régimen General de Garantías en Salud (RGGS) o Régimen General de Garantías (RGS), es un instrumento que establece las prestaciones de carácter promocional, preventivo,

curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el FONASA deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional. Se elabora de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país.

Por su parte, las Garantías Explícitas en Salud (GES) son las condiciones relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud.

Entre sus características, destacan:

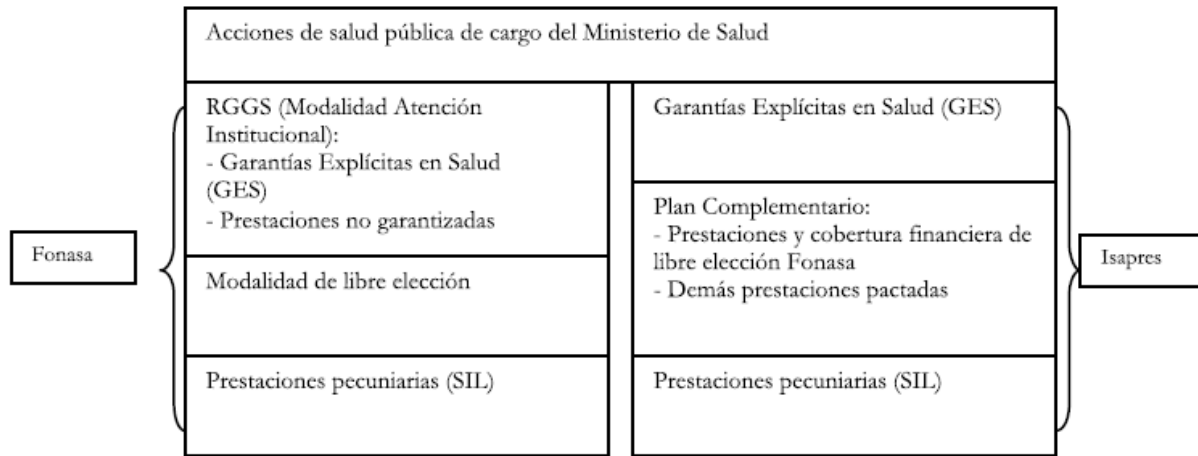
- Las GES son elaboradas por el Ministerio de Salud y se aprueban por Decreto Supremo de dicho Ministerio el que también es suscrito por el Ministro de Hacienda.
- Las GES deben ser aseguradas obligatoriamente por FONASA e ISAPRE a sus respectivos beneficiarios.
- Las GES son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.
- Asimismo, las GES deben ser las mismas para los beneficiarios de ambos sistemas de salud, pero podrán ser diferentes para una misma prestación, conforme a criterios generales, tales como enfermedad, sexo, grupo de edad u otras variables objetivas que sean pertinentes.

Esto último significa, por ejemplo, que una patología podría señalar que una Resonancia Nuclear Magnética se haga dentro de 10 días; pero otra patología podría señalar que dicha Resonancia se haga dentro de 48 horas. Lo que nunca podría establecerse son plazos distintos dependiendo de si una persona está en FONASA o en ISAPRE.

La siguiente figura representa esquemáticamente los conceptos anotados.⁸⁴

⁸⁴ NANCUANTE, Ulises y ROMERO, Andrés. Op. cit.

AUGE



Fuente: Nancuante, Ulises y otro. Op. cit.

Como dijimos más arriba, cuatro son las GES que contempla el legislador:

- 1) Acceso,
- 2) Calidad,
- 3) Oportunidad y
- 4) Protección Financiera.

A continuación las analizaremos en detalle.

2.2.1.- La Garantía Explícita en Salud de ACCESO.

De acuerdo a la letra a), del artículo 4° de la Ley N° 19.966, la GES de Acceso consiste en la obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a sus beneficiarios, en la forma y condiciones que determine el decreto que contiene las GES.

Reitera dicha idea el inciso primero del artículo 24 de la citada ley, al señalar:

“El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán dar cumplimiento obligatorio a las Garantías Explícitas en Salud que contemple el Régimen que regula esta ley para con sus respectivos beneficiarios”.

El legislador ha señalado que sólo tienen derecho a las GES los beneficiarios de FONASA y de las ISAPRE.

Beneficiarios de FONASA.

De acuerdo al artículo 136, del DFL N° 1, de 2005, de Salud, son beneficiarios de FONASA las siguientes personas:

1.- En primer lugar, los afiliados.

La incorporación como afiliado al sistema público de salud es de carácter automático al adquirirse cualquiera de las calidades siguientes:

- Trabajadores dependientes de los sectores público y privado;
- Trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión;
- Imponentes voluntarios que coticen en cualquier régimen legal de previsión;
- Los que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza;
- Los que gozan de subsidio por incapacidad laboral; y
- Los que gozan de subsidio de cesantía.

2.- En segundo lugar, son beneficiarios de FONASA los causantes de asignación familiar de un trabajador dependiente o que, tratándose de trabajadores independientes e imponentes voluntarios, cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente.

La asignación familiar es un subsidio estatal para las cargas legales de los trabajadores dependientes, pensionados y algunos trabajadores independientes.

En concreto, son causantes de asignación familiar, de acuerdo al Decreto con Fuerza de Ley N° 150, de 1981, del Ministerio del Trabajo, las siguientes personas:

- a) La cónyuge;
- b) El cónyuge inválido;
- c) Los hijos y los adoptados hasta los 18 años de edad, y los mayores de esa edad y hasta los 24 años, siempre que sean solteros, que sigan cursos regulares en la enseñanza media, normal, técnica, especializada o superior, en instituciones del Estado o reconocidas por éste;
- d) Los hijos y los adoptados inválidos de cualquier edad;
- e) Los nietos y bisnietos, huérfanos de padre y madre o abandonados por éstos, en los términos de la letra anterior;
- f) La madre viuda de cualquier edad;
- g) Los ascendientes mayores de 65 años de edad; y
- h) Menores bajo cuidado por resolución judicial.

3.- En tercer lugar, son beneficiarios de FONASA los causantes del Subsidio Familiar.

El Subsidio Familiar es un subsidio estatal que se otorga a personas de escasos recursos. Es incompatible con la Asignación Familiar.

Son causantes de Subsidio Familiar:

a) Los menores de 18 años de edad e inválidos de cualquier edad.

b) Las madres de menores que vivan a sus expensas, por los cuales perciban Subsidio Familiar.

c) La mujer embarazada.

d) Los deficientes mentales de cualquier edad, que no sean beneficiarios de Pensión Asistencial.

4.- En cuarto lugar, son beneficiarios de FONASA las personas carentes de recursos o indigentes.

A este respecto, se debe tener presente que las circunstancias de hecho y los mecanismos que sean necesarios para acreditar a las personas como carentes de recursos o indigentes, se establecen a través de un decreto supremo conjunto dictado por los Ministerios de Salud y de Hacienda, a proposición del FONASA.

Dicho Decreto Supremo actualmente vigente es el N° 110, de 2004, de los Ministerios de Salud y Hacienda.

Dice que son tales, las personas no afectas a régimen de seguridad social en salud alguno o a normas especiales o convenios que les den derecho a asistencia médica, cuando:

- El Ingreso Mensual del Hogar no exceda el Ingreso Mínimo Mensual y que, al dividir el Ingreso Mensual del Hogar por el número de personas que lo integran, el cociente no exceda del 25% del Ingreso Mínimo Mensual.
- El referido cociente excede el 25%, pero no supera el corte de puntaje de la Ficha de Caracterización Socioeconómica (Ficha CAS), determinado para estos efectos por el MIDEPLAN y FONASA, con aprobación de los Ministerios de Salud y de Hacienda. Hoy son 550 puntos.

5.- En quinto lugar, son beneficiarios de FONASA las personas que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley N° 869, de 1975, esto es, las personas inválidas y los mayores de 65 años de edad que carezcan de recursos en los términos de dicho cuerpo legal.

Se trata de una pensión mensual que se financia con aportes enteramente fiscales.

Dispone el Decreto Ley N° 869, de 1975, que se entiende carecen de recursos los que no tienen ingresos propios o ellos son inferiores al 50% de la pensión mínima establecida en el inciso segundo del artículo 26 de la Ley N° 15.386 y siempre que, además en ambos casos, el promedio de los ingresos de su núcleo familiar, si los hubiere, sea también inferior a ese porcentaje, el que se obtiene dividiendo los ingresos del grupo por el número de personas que lo componen, considerándose tales las que conviven en forma permanente bajo un mismo techo, estén o no unidos por vínculos de parentesco;

En concreto, son beneficiarios de la Pensión Asistencial (PASIS):

- Personas mayores de 65 años de edad que carezcan de recursos.
- Inválidos mayores de 18 años de edad que carezcan de recursos.
- Deficientes mentales, de cualquier edad, carentes de recursos, que no sean causantes de asignación familiar.

Ahora bien, la Ley N° 20.255, sobre Reforma Previsional, dispuso el reemplazo de la Pensión Asistencial por una pensión básica solidaria de vejez o invalidez, a contar del 1 de julio de 2008.

Serán beneficiarios de la pensión básica solidaria de vejez las personas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y que reúnan los requisitos siguientes:

- Haber cumplido sesenta y cinco años de edad.
- Integrar un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población de Chile.
- Acreditar residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a veinte años continuos o discontinuos, contados desde que el peticionario haya cumplido veinte años de edad; y, en todo caso, por un lapso no inferior a cuatro años de residencia en los últimos cinco años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud para acogerse a este beneficio.

Serán beneficiarias de la pensión básica solidaria de invalidez, las personas que sean declaradas inválidas, siempre que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y cumplan con los requisitos siguientes:

- Tener entre dieciocho años de edad y menos de sesenta y cinco años.
- Integrar un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población de Chile.

- Acreditar residencia en el territorio de la República de Chile por un lapso no inferior a cinco años en los últimos seis años inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud para acceder a la pensión básica solidaria de invalidez.

El monto de ambas pensiones es el mismo: \$60.000.- hasta el 30 de junio de 2009; desde el 1 de julio de 2009 será de \$75.000.-

A diferencia de lo que ocurre con el sistema público de salud, para que una persona se afilie al sistema privado de salud debe celebrar un contrato de salud con una determinada ISAPRE.

El que suscribe el contrato se denomina afiliado y, para los efectos de las GES, es “beneficiario” de ISAPRE.

Ahora bien, un afiliado de ISAPRE puede tener la calidad de trabajador dependiente, de trabajador independiente o de pensionado, tal como ocurre en el Sistema Público de Salud.

Sin embargo, en el sistema privado se permite, además, la afiliación de una persona que no reúne ninguna de las condiciones antes indicadas.

En efecto, el artículo 193 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, señala que las ISAPRE podrán celebrar un contrato de salud con una persona que no se encuentre cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones.

Por lo dicho, estas personas son individuos que, teniendo capacidad jurídica y económica, por cualquier causa se encuentran marginados del sistema previsional, lo que no les impide celebrar un contrato de salud pagando el precio que se acuerde. Este tipo de “aportantes” no se les puede calificar de cotizantes, debido a que no tienen un ingreso o remuneración determinada, de la cual se pueda deducir el monto de la cotización previsional para salud.

Esta figura es original de este sistema de salud previsional, puesto que no tiene su correlato en el sistema público ni en el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas.

Además de los afiliados, existen los beneficiarios propiamente tales, esto es, aquellas personas que, sin suscribir un contrato de salud, son partícipes de los beneficios que él contempla.

Podemos identificar dos clases de beneficiarios propiamente tales: los beneficiarios legales y los beneficiarios contractuales.

A los beneficiarios legales se les llama también “familiares beneficiarios” o “cargas legales”. Son los causantes de asignación familiar.

Cuando vimos los beneficiarios del sistema público, mencionamos que entre ellos se encontraban los “causantes de asignación familiar”.

Pues bien, en el sistema privado estas mismas personas son consideradas beneficiarias del contrato de salud que celebre el afiliado.

A todas esas personas, se les extienden los beneficios del contrato por el solo ministerio de la ley, siempre que sean declarados por el afiliado, ya sea en el momento de la suscripción de un contrato o en un acto posterior, no pudiendo la ISAPRE negarse a incorporarlos al contrato.

La segunda clase de beneficiarios propiamente tales, son los que llamaremos “beneficiarios contractuales”, también denominados “cargas médicas”, en cuanto que, para ser partícipes de los beneficios que el contrato contempla, la ISAPRE debe consentir en que ello sea así. Estas personas enterarán, cuando corresponda, sus cotizaciones de salud en la ISAPRE y dejarán de ser beneficiarios del sistema público de salud si lo fueren.

¿En qué se traduce esta Garantía Explícita?

El legislador en forma explícita hace recaer en FONASA y en las ISAPRE la obligación de asegurar el otorgamiento de las prestaciones.

Ello implica, al menos, lo siguiente:

1.- Si a una persona no se le otorgan las prestaciones por su problema de salud, ni el FONASA ni la ISAPRE pueden alegar que el responsable del incumplimiento es el prestador de salud; los obligados son aquéllos y no éste.

Es por ello que, como veremos más adelante, la ley dispone que las prestaciones se otorguen en determinados prestadores que, para el caso de FONASA, son todos aquellos que forman parte de la Red Asistencial o con quienes haya celebrado convenio para tales efectos y, en cuanto a las ISAPRE, los prestadores que formen parte de la red de prestadores con que haya convenido el otorgamiento de las prestaciones.

2.- En caso de que una persona alegue que no se le han otorgado las prestaciones, la prueba de que se ha cumplido la obligación recae en FONASA y en la ISAPRE pues, como indica el artículo 1698 del Código Civil, incumbe probar la extinción de la obligación a quien la alega.

3.- Si el prestador designado para otorgar la prestación implica un traslado del beneficiario, el gasto que de ello se irrogue debiera ser asumido por FONASA o la ISAPRE.

Por ejemplo, bien puede ocurrir que una persona viva en Punta Arenas y que requiera un implante de cadera. Si el prestador designado se ubica en Santiago, el traslado debe ser asumido por quien designó el prestador; de lo contrario, la burla a la ley sería la regla general.

Lo dicho se encuentra, para el caso de la ISAPRE, explícitamente recogido en el segundo y tercer decreto GES. En efecto, el inciso final del artículo 10 idéntico en ambos textos, señala:

“La facultad de las Isapres para determinar la Red de Prestadores deberá ejercerse teniendo en consideración su obligación de asegurar, efectivamente, el cumplimiento de la Garantía de Acceso”.

Dado que, como vimos, el legislador hace recaer en FONASA y en las ISAPRE la obligación de asegurar que las prestaciones se otorguen, como contrapartida les da el derecho de designar en qué prestadores se deben otorgar las acciones de salud. En otras palabras, la elección del prestador no es de la persona.

De acuerdo a los artículos 25 y 26 de la Ley N° 19.966, para tener derecho a las GES, los beneficiarios de FONASA deben obligatoriamente atenderse en la Red Asistencial que les corresponda.

Reafirma lo anterior, de un modo categórico, el inciso primero del artículo 28 del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, que dice:

“En consecuencia, sólo una vez que hayan ingresado a dicha Red Asistencial se iniciará la cobertura de dichas Garantías y de los plazos asociados a ellas”.

De acuerdo al artículo 17 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, la Red Asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de:

1. Establecimientos asistenciales públicos que forman parte del referido Servicio;
2. Establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio; y
3. Los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La ley dispone, también, que los beneficiarios de FONASA para tener derecho a las GES deben acceder a la Red Asistencial ya mencionada, a través de la Atención Primaria de Salud.

De acuerdo al artículo 18 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, el nivel de atención primaria está compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán

derivaciones desde el primer nivel de atención, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

Agrega que los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, sean dependientes de municipios, de Servicios de Salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo.

Finalmente, dispone que los beneficiarios de FONASA, deben inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos; salvo que se trate de funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de FONASA, y sus cargas, los que podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.

Para aquellos que no están inscritos en ningún establecimiento, la ley dispone que se *“entiende como establecimientos asistenciales que les corresponda en atención primaria de salud aquellos en los cuales el citado beneficiario se encuentre inscrito, y en caso de no estar inscrito, alguno de aquellos en que le corresponda inscribirse”*.

Hemos visto que, para tener derecho a las GES, la ley obliga al beneficiario de FONASA a ingresar a la Red Asistencial por la atención primaria de salud.

No obstante, existen cuatro casos o situaciones de excepción en que la persona puede saltarse la atención primaria e ingresar directamente a la atención secundaria o terciaria.

Primera excepción: cuando la persona esté en situación de urgencia o emergencia. El inciso primero del artículo 25 de la Ley N° 19.966 nos da el primer caso de excepción.

En efecto, luego de señalar que los beneficiarios de FONASA deben acceder a la Red Asistencial a través de la atención primaria de salud, establece la primera excepción: en casos de urgencia o emergencia, certificados oportunamente por el profesional de la salud del servicio de urgencia respectivo.

Complementa esta causal de excepción el numeral 1, del artículo 30, del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, que señala que, excepcionalmente, los beneficiarios de FONASA

pueden ingresar directamente a los niveles de atención secundaria o terciaria de la Red Asistencial, si se encuentra en condición de Emergencia o Urgencia, en los términos definidos en el Decreto Supremo N° 369, de 1985, de Salud.

Este último decreto, en el artículo 3°, define la emergencia o urgencia como toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata o impostergable.

Agrega que la condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinada por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano en la unidad de urgencia pública o privada en que la persona sea atendida, lo que deberá ser certificado por éste.

Segunda excepción: cuando a la persona le sobrevenga un problema con GES estando en otro nivel de atención. La segunda hipótesis que contempla el Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, ocurre cuando el paciente se encuentre siendo atendido, dentro de la Red de Prestadores, en cualquier nivel distinto al primario, y en el curso de dicha atención le sea diagnosticado un problema de salud incorporado a las garantías.

En este caso la circunstancia de encontrarse siendo atendidos en un nivel distinto al primario, deberá ser consecuencia de una derivación iniciada en este último nivel, salvo tratándose de la situación urgencia o emergencia ya vista.

Cuando el diagnóstico corresponda a un problema de salud incorporado a las garantías cuyas prestaciones corresponda que sean otorgadas en la atención primaria, se deberá dar inicio a las prestaciones y derivar al beneficiario al nivel primario de atención para su continuación.

Tercera excepción: la derivación desde un prestador independiente en convenio con FONASA. El inciso segundo del artículo 25 de la Ley N° 19.966, complementado por el artículo 31 del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, contemplan un tercer grupo de excepciones a la obligación del beneficiario de FONASA de ingresar a través de la atención primaria de salud, para gozar de las GES.

Se trata del caso de prestadores de salud independientes que hayan suscrito convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, quienes podrán derivar a los beneficiarios de dicho Fondo, con confirmación diagnóstica de alguno de los problemas de salud incorporados a las garantías, directamente al establecimiento de salud de la Red de Prestadores respectiva, para su atención en el nivel secundario o terciario.

Para que opere la figura descrita, debe tratarse de alguno de los siguientes casos:

1) Cuando el paciente se encuentra en condición de Emergencia o Urgencia, en los mismos términos vistos más arriba.

2) Cuando el paciente se encuentre siendo atendido por uno de los profesionales ya indicados, y en el curso de dicha atención le sea confirmado el diagnóstico de un problema de salud incorporado a las garantías, siempre que el beneficiario opte por recibir la atención correspondiente al evento incorporado a las garantías en la Red de Prestadores respectiva.

3) Cuando se trate de un recién nacido, si existe confirmación diagnóstica de algún problema de salud congénito, que se encuentre incorporado a las garantías explícitas en salud.

Cuarta excepción: la derivación desde un prestador independiente sin convenio con FONASA. El citado artículo 31 del Decreto Supremo N° 136, señala que los beneficiarios de FONASA que se encuentren siendo atendidos por un prestador de salud independiente, que no tenga convenio para estos efectos con el Fondo Nacional de Salud, sólo podrán ingresar a la Red de Prestadores a través de la atención primaria de salud.

Pero, a renglón seguido, establece una excepción calificada: si se trata de un recién nacido con confirmación diagnóstica de algún problema de salud congénito que se encuentre incorporado a las GES.

Requisitos para que opere la referencia de un prestador independiente.

Acabamos de ver las hipótesis de excepción en que un beneficiario de FONASA puede ingresar y gozar de las GES sin entrar por la atención primaria.

De esas cuatro hipótesis, dos de ellas implican la intervención de un prestador independiente, con o sin convenio con FONASA.

Pues bien, el Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, regula in extenso los requisitos para que opere esta derivación.

Por de pronto, define la “referencia” como la derivación inicial de un paciente beneficiario de FONASA desde un prestador independiente, para ser atendido por otro prestador que integra la Red de Prestadores del referido Fondo.

Agrega que la referencia se debe realizar mediante documento que debe contener, a lo menos, la siguiente información:

1) Respecto de la identidad del paciente:

- Nombre completo y cédula nacional de identidad.
- Fecha nacimiento (día, mes y año), sexo, y edad.

- Domicilio completo y teléfono, si tuviera.

2) Circunstancia de ser beneficiario de FONASA, y su clasificación en alguno de los grupos de salud indicados en el artículo 160 del DFL N° 1, de 2005, de Salud, esto es, si pertenece al Grupo A, Grupo B, Grupo C o Grupo D.

3) Diagnóstico de un problema de salud incorporado a las garantías.

4) Fundamento del diagnóstico.

5) Tratamiento e indicaciones.

6) Causal de la derivación a un nivel diferente a la atención primaria.

7) Nombre completo, cédula nacional de identidad, domicilio y teléfono del médico tratante.

El profesional independiente debe adjuntar al mencionado documento los antecedentes que hayan servido al diagnóstico, entre otros, exámenes de laboratorio y procedimientos diagnósticos. Asimismo, deberá adjuntarse a la orden de atención emitida por el médico tratante un resumen de la historia clínica del paciente y todo otro antecedente que resulte pertinente para evaluar su condición.

Por su parte, la Red de Prestadores del Fondo Nacional de Salud, para efectos de la derivación desde prestadores de salud independientes, debe proceder de la siguiente manera:

1) Si la referencia se produce desde algún prestador de salud independiente, que tenga convenio vigente para estos fines, en el establecimiento de atención especializada del nivel que corresponda, un profesional, designado por la Dirección de dicho establecimiento, procederá a validar la referencia efectuada desde el citado prestador, e ingresará inmediatamente al beneficiario al proceso de atención establecido en las normas técnicas que correspondan al problema de salud incorporado a las garantías explícitas en salud. En todo caso, no podrán ingresar pacientes a este nivel de atención cuando el citado problema de salud no esté debidamente acreditado conforme lo establecido por dichas normas técnicas y a lo dispuesto en el artículo anterior.

2) Si la referencia ocurre desde algún prestador independiente de aquellos que no cuentan con convenio para estos fines, ésta deberá ser efectuada al establecimiento de atención primaria que corresponda al beneficiario, donde se inscribirá al paciente, y se le asignará oportunidad para la atención médica, instancia en la cual se determinará si procede la incorporación del paciente a la cobertura de garantías explícitas en salud.

Hasta ahora hemos dejado en claro que el beneficiario de FONASA, para tener derecho a las GES, debe atenderse en la Red Asistencial respectiva e ingresar a través de la atención primaria, por un sentido de política pública y contención de costos.

Sin perjuicio de lo anterior, el artículo 26 de la Ley N° 19.966, señala que los beneficiarios de FONASA pueden elegir, dentro del establecimiento en que deban ser atendidos (Red Asistencial), al profesional de su preferencia, siempre que ello permita cumplir con la garantía explícita de oportunidad.

En estos casos, corresponde al Director del establecimiento determinar si existe la mencionada disponibilidad.

En caso contrario, el beneficiario de FONASA deberá atenderse con el profesional que se determine, dentro del mismo establecimiento o en aquel donde sean derivados.

El inciso final del artículo 24 de la Ley N° 19.966, dispone expresamente que las prestaciones en el caso de las GES para beneficiarios de FONASA “se otorgarán exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional”.

Es decir, ni aun cuando exista la voluntad de FONASA de otorgar GES a través de prestadores internacionales, ello puede ocurrir dada la claridad de la norma.

Por último, debemos señalar que el establecimiento de esta garantía para los beneficiarios de FONASA es renunciable, pudiendo optar por atenderse bajo la Modalidad de Libre Elección.

Beneficiarios de ISAPRE.

El artículo 28 de la Ley N° 19.966, dispone que para tener derecho a las Garantías Explícitas en Salud, los beneficiarios de las ISAPRE a quienes se les haya diagnosticado alguna de las enfermedades o condiciones de salud cubiertas por dichas Garantías Explícitas, deberán atenderse con alguno de los prestadores de salud que, para tales efectos, determine la ISAPRE a la que se encuentren afiliados, de acuerdo al plan contratado para estos efectos.

Es decir, existe una regla similar que la ya analizada en el caso de FONASA, esto es, que los beneficiarios de ISAPRE están obligados, si desean gozar de las GES, a atenderse en algún prestador designado por la ISAPRE.

Para acceder a las prestaciones GES, el beneficiario debe requerir de la ISAPRE la designación del prestador.

Esta es la diferencia fundamental que la distingue de FONASA.

En efecto, vimos que en caso de FONASA, la ley es la que explícitamente señala que el prestador debe ser el de la Red Asistencial que le corresponda al beneficiario.

En cambio, para el caso de la ISAPRE, es la institución la que designa el prestador, previa solicitud del beneficiario.

Vimos más arriba que, a propósito de los beneficiarios de FONASA, el inciso final del artículo 24 de la Ley N° 19.966, disponía que las prestaciones con GES se otorgaban exclusivamente a través de establecimientos ubicados en el territorio nacional.

En el caso de las ISAPRE, en cambio, se permite (no es obligación) que la ISAPRE pacte que el otorgamiento de las GES se hagan fuera del territorio de la República.

En esos casos, los contratos que contemplen la ejecución de prestaciones en el extranjero, deberán ajustarse a las instrucciones que dicte la Superintendencia de Salud.

A propósito de los beneficiarios de FONASA, señalamos que ellos siempre podían optar por atenderse en la Modalidad de Libre Elección.

En el caso de beneficiarios de ISAPRE, ellos también pueden renunciar a las GES y atenderse de acuerdo a su plan de salud complementario.

Pero, a diferencia de lo que se indica para el caso de FONASA, en que la renuncia es siempre total, en el caso de los beneficiarios de ISAPRE la renuncia puede ser, además, parcial.

Este derecho legal a optar por no atenderse a través de la modalidad GES, se contempló en los artículos 9 y 10 del primer decreto GES, N° 170 de 2004, como una renuncia total, de manera que todas las prestaciones contempladas y prescritas para una determinada condición de salud amparada con GES, se otorgarían en los términos, plazos y condiciones del plan complementario de salud; de la modalidad de libre elección o de la modalidad de atención institucional, según corresponda.

El segundo decreto GES, el Decreto Supremo N° 228, de 2005, vigente desde el 1° de julio de 2006, mantuvo la renuncia total para los beneficiarios del régimen público, y estableció una alternativa adicional para los beneficiarios del régimen privado, autorizándolos a renunciar parcialmente a la Modalidad GES.

Lo mismo dice el Decreto Supremo N° 44, de 2007, de Salud, que contiene el tercer decreto GES, actualmente vigente.

En efecto, el primer inciso del artículo 10 de los citados decretos N° 228 y N° 44, dispone:

“Para tener derecho a las Garantías, los beneficiarios de la Ley N° 18.933 a quienes se les haya diagnosticado alguno de los problemas de salud cubiertos por dichas Garantías, deberán atenderse en la Red de Prestadores de la Isapre. No obstante lo anterior, los beneficiarios podrán optar, en forma parcial o total, por atenderse conforme a su plan complementario vigente con la Institución, en cuyo caso no regirán las Garantías en aquella parte que sea cubierta por dicho plan”.

La principal consecuencia de la renuncia total, establecida en los artículos 27 y 28 de la Ley N° 19.966, es que hace desaparecer completamente la modalidad GES, lo que, indefectiblemente, pone término a la obligación legal de otorgar las Garantías Explícitas impuesta a FONASA e ISAPRE, en los términos del artículo 2° de la Ley N° 19.966.

De este modo, la renuncia total puede ser expresa, a través de una declaración en este sentido; o tácita, si el beneficiario, debidamente informado de tener derecho a la modalidad GES, opta por realizar la totalidad de su atención en prestadores que no integran la respectiva Red GES. En el evento de ejercerse tácitamente la renuncia, tiene plena aplicación el artículo 1698 del Código Civil, referido a la carga de la prueba de las obligaciones, que prescribe: *“Incumbe probar las obligaciones o su extinción al que alega aquéllas o ésta”.*

Por su parte, la renuncia parcial modifica el prestador y el financiamiento, pues en este caso, el beneficiario opta por realizarse algunas atenciones originalmente amparadas con GES, en prestadores que no integran la respectiva Red GES determinada por la ISAPRE, generándose de esta manera simultaneidad entre modalidad GES y plan complementario de salud.

Esta coexistencia de la modalidad GES y del plan complementario, respecto de una condición de salud amparada con Garantías Explícitas, es la precisa circunstancia que exige tener certeza de las atenciones o prestaciones a las que el beneficiario ha renunciado ampararlas con Garantías Explícitas, y respecto de las cuales la ISAPRE quedará obligada en los términos y condiciones del plan complementario de salud, situación que corresponde fiscalizar a la Superintendencia de Salud.

Sin perjuicio que la renuncia parcial a la modalidad GES, es una materia que debe ser regulada por la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, atendidos los efectos jurídicos que acarrea, en opinión de Nancuante y Romero, esta renuncia parcial debiera manifestarse expresamente, y señalar las atenciones del Listado de Prestaciones Específico, que serán encomendadas a un prestador que no integra la Red GES de la ISAPRE, prestaciones que

en todo caso siguen formando parte de la resolución integral de la respectiva condición de salud amparada con Garantías Explícitas.

Como se ha señalado, la renuncia parcial no hace desaparecer la modalidad GES, lo que exige claridad y certeza de la modalidad a través de la cual se otorga la prestación de salud, siendo insuficiente la regla del artículo 1698 del Código Civil mencionado, para determinar si se trata de plan complementario o modalidad GES, por las siguientes razones.

1.- Desde que la renuncia puede ejercerse por el beneficiario, en cualquier etapa sanitaria, se deben precisar las prestaciones cuyo otorgamiento se excluye de la modalidad GES.

2.- El beneficiario puede retractarse de esta renuncia, mientras esté pendiente la ejecución de alguna etapa sanitaria, retractación que nunca tendrá efecto retroactivo. Desde el momento en que el beneficiario se reincorpora a la Modalidad GES, la ISAPRE vuelve a estar obligada al cumplimiento de las GES, respecto de las prestaciones que se encuentren sin realizar; y si la renuncia se ejerció antes que el prestador de la Red GES hubiera evaluado y prescrito las prestaciones, la ISAPRE sólo será responsable de las etapas sanitarias que procedan.

3.- La renuncia sólo puede estar referida a prestaciones determinadas, contempladas en Listado de Prestaciones Específico, y estar previamente prescritas por el prestador de la Red GES, de manera que el tratamiento de una condición de salud amparada con GES, se hará parcialmente por Modalidad GES y parcialmente por Plan Complementario.

De consecuencia, la renuncia parcial sólo puede hacerse una vez prescritas las prestaciones, pues en caso contrario, podrían renunciarse prestaciones que no serán prescritas por el tratante, haciendo uso de la facultad del inciso 3° del artículo 6 del citado Decreto Supremo N° 228, de 2005, repetido por el Decreto Supremo N° 44, de 2007, que en lo pertinente señala:

“Fundado en razones de carácter clínico o sanitario, el profesional de la salud tratante podrá no prescribir una o más de las prestaciones cuando, atendida la situación de salud del beneficiario y el estado de la medicina en el país, las perspectivas de éxito o sobrevida no hagan aconsejable la prestación correspondiente.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, los beneficiarios tendrán derecho a solicitar una segunda opinión profesional, a la que se estará en definitiva”.

4.- Siendo la modalidad GES obligatoria para las ISAPRE, respecto de las patologías o condiciones de salud priorizadas, en caso de renuncia parcial se entiende siempre primar la Modalidad GES, en todo lo referido al manejo clínico y sanitario de la condición de salud, por lo

que las prestaciones que se realizarán por plan complementario, deben corresponder a las prescritas por el tratante de la Red GES, y otorgarse siguiendo estrictamente las indicaciones prescritas por ese profesional.

Derivado de lo anterior, la prohibición de homologar prestaciones, establecida en el inciso 1° del artículo 6°, tanto del Decreto Supremo N° 228, de 2005, como del Decreto Supremo N° 44, de 2007, también procede cuando se haya optado por el Plan Complementario.

5.- Finalmente, la aplicación de la modalidad GES y la modalidad del plan complementario, debe hacerse respecto de la totalidad de una prestación o conjunto de prestaciones, según esté determinado en el Listado de Prestaciones Específico. En este sentido, la ejecución de una prestación es un hecho indivisible, y como tal, debe ejecutarse íntegramente por modalidad GES o por plan complementario, circunstancias que determinarán la forma de financiamiento y pago de las prestaciones.

De todo lo antes expresado, resulta claro que para que la denominada renuncia parcial produzca los efectos jurídicos sin atentar contra el valor de la certeza jurídica, y sin provocar conflictos entre las ISAPRE y sus beneficiarios, debe hacerse en forma expresa.

Qué ocurre si la persona se atiende en un prestador que no integra la red o no tiene convenio con FONASA o con la ISAPRE.

La regla general: no operan las GES. Es preciso dejar muy en claro que el legislador, expresamente, ha señalado que, ni aún en caso de urgencia o emergencia con riesgo vital o secuela funcional grave, el beneficiario tiene derecho a GES si se ha atendido en un prestador que no pertenezca a la Red asistencial o que no tenga convenio con FONASA o con ISAPRE para otorgar dichas Garantías.

En efecto, el inciso tercero del artículo 9° de la Ley N° 19.966 señala que, en esos casos, la atención en un prestador distinto al de la red sólo da derecho a que se computen los copagos para el deducible de la cobertura financiera adicional (que analizaremos cuando veamos la GES de Protección Financiera).

La excepción: cuando el prestador ha sido designado por la Superintendencia de Salud. No obstante lo dicho, existe un caso en que operan las GES, básicamente la de Protección Financiera.

En efecto, puede ocurrir que el prestador de la red o el designado por FONASA o la ISAPRE no otorguen la prestación dentro del plazo fijado; ello significará que el beneficiario

concurra a un nuevo prestador que le designen FONASA o la ISAPRE. Y si este segundo prestador tampoco otorga la prestación dentro de plazo, el beneficiario tiene derecho a que la Superintendencia de Salud designe un tercer prestador, el que puede ser cualquiera, esto es, pertenezca o no a la red o tenga o no convenio con FONASA o con la ISAPRE.

Por último, para terminar con la GES de ACCESO es preciso tener presente que, de acuerdo al inciso segundo del artículo 24 de la Ley N° 19.966, complementado por los artículos 24 y siguientes del Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud, todo prestador de salud, sin excepción alguna, está obligado a comunicar a su paciente que se le ha confirmado el diagnóstico de alguno de los problemas de salud contenidos en las GES y el momento a partir del cual tienen derecho a tales garantías.

Asimismo, los prestadores de salud están obligados a informar a sus pacientes que, para tener derecho a las prestaciones garantizadas en forma explícita, deberán atenderse a través de la Red de Prestadores que les corresponda.

Para dar cumplimiento a lo anterior, los prestadores de salud deben dejar constancia escrita de ello, conforme a las instrucciones que fije la Superintendencia de Salud.

En caso que el prestador no dé cumplimiento a la obligación de informar, el afectado o quien lo represente podrá reclamar ante la Superintendencia de Salud, la cual, a través de un procedimiento breve, con audiencia del prestador y del beneficiario, acreditará tal circunstancia y dictaminará el momento exacto desde el cual comenzaron a regir las garantías explícitas para tal prestación o prestaciones.

El incumplimiento de la obligación de informar por parte de los prestadores de salud podrá ser sancionado, por la Superintendencia, con amonestación o, en caso de falta reiterada, con suspensión de hasta ciento ochenta días para otorgar las Garantías Explícitas en Salud, sea a través del FONASA o de una ISAPRE, así como para otorgar prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud.

2.2.2.- La Garantía Explícita en Salud de CALIDAD.

El artículo 4° de la Ley N° 19.966 entiende por GES de Calidad el “*otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937*”.

En otras palabras, es el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado en la Intendencia de Prestadores de Salud dependiente de la Superintendencia de Salud.

Al Ministerio de Salud le corresponde establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

Dichos estándares se fijan de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado.

Asimismo, al Ministerio le compete fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

Los mencionados estándares deberán ser establecidos usando criterios validados, públicamente conocidos y con consulta a los organismos técnicos competentes.

Al Ministerio le corresponde, también, establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.

Para estos efectos se entiende por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.

La ley ha encargado a un reglamento establecer, entre otras cosas:

- El sistema de acreditación;
- La entidad o entidades acreditadoras, públicas o privadas, o su forma de selección y los requisitos que deberán cumplir;
- Las atribuciones del organismo acreditador en relación con los resultados de la evaluación;
- La periodicidad de la acreditación;
- Las características del registro público de prestadores acreditados, nacional y regional, que deberá mantener la Superintendencia de Salud;
- Los aranceles que deberán pagar los prestadores por las acreditaciones; y
- Las demás materias necesarias para desarrollar el proceso.

El reglamento que contiene el sistema de acreditación.

Con fecha 2 de julio de 2007, se publica en el Diario Oficial el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud, contenido en el Decreto Supremo N° 15, de 2007, del Ministerio de Salud.

El Sistema de Acreditación se aplica a los prestadores institucionales de salud autorizados a funcionar como tales, sean públicos o privados, tales como hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios y centros médicos.

La finalidad del Sistema de Acreditación no es otro que evaluar el cumplimiento, por parte de los prestadores institucionales, de los estándares fijados con el objeto de velar porque las prestaciones que otorgan revistan la calidad necesaria para resguardar la seguridad de sus usuarios.

Como vimos, el legislador optó por considerar a la acreditación de la calidad como una cuestión referida a la seguridad de quienes usan las instalaciones de los establecimientos y reciben las prestaciones, en base a Estándares de Calidad.

Los prestadores institucionales de salud acreditados deberán solicitar su reacreditación cada tres años contados desde la fecha de obtención de la anterior; la vigencia de esa acreditación anterior se mantendrá hasta el término del proceso solicitado siempre que no se excedan los cinco años desde aquella fecha.

Se entiende reglamentariamente por Estándar de Calidad aquella norma establecida por decreto del Ministerio de Salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones otorgadas por los prestadores institucionales alcancen la calidad requerida para la seguridad de sus usuarios.

Tales estándares son distintos dependiendo de los tipos de establecimientos y los niveles de complejidad de las prestaciones.

El decreto respectivo que apruebe cada estándar se debe publicar en el Diario Oficial. El contenido de los mismos se debe imprimir en un manual que estará a disposición de todos los interesados y se incluirá en la página *web* del Ministerio de Salud.

Cada estándar regirá desde la fecha de la publicación en el Diario Oficial del decreto que lo aprueba, o desde aquella posterior que el mismo decreto establezca.

La elaboración de los estándares de calidad debe contemplar la consulta previa a organismos técnicos competentes, tales como sociedades científicas, universidades, prestadores y organizaciones internacionales especializadas.

Además, deben basarse en criterios comúnmente aceptados y validados, fundamentados en evidencia científica.

Respecto de los estándares que se refieran a laboratorios deben elaborarse con la participación del Instituto de Salud Pública de Chile.

Los estándares deben abarcar todas las materias que incidan en la seguridad de las respectivas prestaciones de salud, tales como condiciones sanitarias, requisitos de seguridad de las instalaciones y equipos, mantención y calibración de los mismos.

Además, deben referirse a las técnicas y tecnologías aplicables a las prestaciones, personal necesario para llevarlas a cabo, su calificación laboral y cobertura, cumplimiento de protocolos de atención y los demás aspectos atinentes a la materia que resulten necesarios para el propósito de resguardar la seguridad de los usuarios.

Se deben establecer estándares generales para los distintos tipos de establecimientos, los que se aplican a la totalidad del establecimiento en cuanto a su funcionamiento general como tal (contenidos en el D.S. N° 18/2009 del Ministerio de Salud).

Estos estándares generales deben indicar claramente qué nivel de cumplimiento de los mismos permite conceder acreditación al prestador y cuál grado de observancia permite otorgar a éste acreditación condicionada a que se subsanen las observaciones formuladas. Si no se subsanan, quedará sin efecto la acreditación condicional otorgada y las acreditaciones concedidas sobre estándares específicos asociados a dicho estándar general.

Los estándares específicos de calidad son aquellos establecidos para determinadas prestaciones o grupos de prestaciones, de forma que los prestadores deben evaluarse sobre el estándar general que corresponda a su tipo de establecimiento y además sobre aquellos específicos aplicables a las prestaciones por las que quiera ser acreditado.

La acreditación para una determinada prestación de salud solamente se obtendrá por el prestador, al ser aprobado su cumplimiento tanto del estándar general que le sea aplicable según el tipo de establecimiento como de los estándares particulares correspondientes a esa prestación en especial.

Los prestadores que cuenten con acreditación vigente que incluya el respectivo estándar general, y deseen ser acreditados en nuevas prestaciones de salud, solamente requerirán ser evaluados por los estándares específicos para éstas, sin que deban obtener una nueva evaluación del estándar general mientras ésta se mantenga vigente.

La acreditación es efectuada por personas jurídicas constituidas legalmente, públicas o privadas, autorizadas para este efecto por la Intendencia de Prestadores, sin perjuicio de las facultades que a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, o a otras entidades, la ley y el reglamento les confieran a este respecto.

En general, las entidades acreditadoras deben justificar las competencias técnicas necesarias para las actividades que deseen desarrollar.

En concreto, tales entidades deben tener:

1.- Un director técnico, el que debe ser un profesional universitario con formación en salud pública o gestión y administración de servicios de salud, o experiencia de al menos tres años en estas áreas; esto es, no se requiere ser médico cirujano.

2.- Para llevar a cabo las evaluaciones, la entidad debe contar con profesionales universitarios idóneos y suficientes, que cuenten con capacitación comprobada en evaluación de la calidad en salud.

Dicha capacitación debe comprender los siguientes contenidos:

- Conceptos teóricos básicos sobre calidad de atención en salud y su marco normativo y los roles de los distintos organismos que intervienen en esta materia.
- Normas y procedimientos de la gestión clínica en salud.
- Acreditación de hospitales.
- Estrategias para el desarrollo de la calidad.
- Estándares e indicadores.
- Metodologías de la evaluación de la calidad en salud.
- Prácticas de evaluación de procedimientos en terreno.
- Gestión de bases de datos y de fuentes de información en salud.
- Redacción de informes de acreditación.

3.- La entidad acreditadora debe disponer y mantener una adecuada infraestructura física, tales como oficinas y equipos informáticos, así como los recursos humanos de apoyo suficientes para el cumplimiento de sus funciones.

Para obtener autorización para operar como entidad acreditadora los interesados deberán presentar a la Intendencia de Prestadores de Salud una solicitud en tal sentido, acompañada de la siguiente documentación:

1.- Identificación de la entidad, Rut, domicilio, teléfono e identificación completa de su representante legal: nombre, domicilio, Rut, estado civil, nacionalidad, dirección, profesión, teléfono;

2.- Documentos auténticos que acrediten la personalidad jurídica de la entidad solicitante, sus estatutos y certificado de vigencia, según corresponda a cada tipo de persona jurídica;

3.- Nómina del personal con que cuenta para dar cumplimiento a los requisitos de competencias humanas exigidas, acompañando copias autorizadas de los correspondientes títulos y de los demás documentos que certifiquen sus competencias específicas; como asimismo, de los contratos que den cuenta de la vinculación existente entre la entidad solicitante y los profesionales referidos en dicha nómina;

4.- Antecedentes que acrediten suficientemente la posesión por la solicitante de la infraestructura mínima;

5.- Nombre, domicilio, Rut, estado civil, nacionalidad, dirección, profesión, teléfono de su director técnico, con copia de los títulos o certificados que acrediten el cumplimiento de los requisitos vistos más arriba.

La Intendencia de Prestadores puede solicitar los antecedentes faltantes exigidos y las aclaraciones pertinentes y emitirá una resolución autorizando a la entidad o desechando, fundadamente, su petición en un plazo no superior a veinte días contados desde que se han completado todos los antecedentes necesarios.

La autorización concedida tendrá una vigencia de cinco años mientras no sea revocada por la Intendencia de Prestadores.

Dentro del plazo de los 90 días anteriores al vencimiento de los antedichos 5 años, la entidad deberá solicitar la renovación de su autorización; de lo contrario, dicha autorización se extinguirá.

Las entidades acreditadoras autorizadas deberán informar a la Intendencia de Prestadores respecto de todo cambio relevante que experimente en materia de personal o en cualquiera otro de los antecedentes y que sirvieron de fundamento a la obtención de su autorización, tan pronto ellos ocurran.

El sistema de Certificación de Especialidades y subespecialidades de la medicina y la odontología

La Ley N° 19.937 estableció que al Ministerio de Salud le correspondía establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud. Dicho sistema se contiene en el D.S. N° 57/2007 del Ministerio de Salud.

Para estos efectos, la certificación es el proceso en virtud del cual se reconoce que un prestador individual de salud domina un cuerpo de conocimientos y experiencias relevantes en un determinado ámbito del trabajo asistencial, otorgando el correspondiente certificado.

El D.S. N° 57/2007 del Ministerio de Salud establece:

- Las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, que certificarán las especialidades o subespecialidades y las condiciones generales que aquéllas deberán cumplir con el objetivo de recibir la autorización para ello;
- Las especialidades y subespecialidades contempladas por el sistema y la forma en que las entidades certificadoras deberán dar a conocer lo siguiente:
 - Los requisitos mínimos de conocimiento y experiencia que exigirán para cada especialidad o subespecialidad;
 - Los procedimientos de examen o verificación de antecedentes que emplearán para otorgar la certificación;
 - Los antecedentes respecto del cuerpo de evaluadores que utilizarán;
 - Los antecedentes que deberán mantener respecto del proceso de certificación de cada postulante; y
 - Las características del registro público nacional y regional de los prestadores certificados, que deberá mantener la Superintendencia de Salud.

Las universidades reconocidas oficialmente en Chile serán entidades certificadoras respecto de los alumnos que hayan cumplido con un programa de formación y entrenamiento ofrecido por ellas mismas, si los programas correspondientes se encuentran acreditados de conformidad a la Ley N° 20.129 de calidad de la educación superior.

2.2.3.- La Garantía Explícita en Salud de OPORTUNIDAD.

De acuerdo a la letra c), del artículo 4°, de la Ley N° 19.966, la GES de Oportunidad se define como el *“plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto [que las contiene]. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario”*.

Como vimos de la transcripción legal precedente, la GES de Oportunidad es compleja, puesto que contempla diversos plazos y, lo que es más importante, una activa participación del beneficiario, al punto que no es erróneo sostener que, mientras no se reclame, no hay incumplimiento de la GES de Oportunidad.

En efecto, todos los decretos que contienen las GES, hasta el momento, establecen las siguientes reglas:

1. Para los efectos de la garantía de oportunidad, los plazos de días que se establecen son de días corridos. Es decir, también se cuentan los días domingos y festivos.

2. En caso que el vencimiento del plazo se produzca en día sábado, domingo o festivo, el término se prorrogará hasta el día siguiente hábil, salvo situación de urgencia o emergencia.

3. En los casos en que el prestador designado por el FONASA o la ISAPRE no esté en condiciones de cumplir con la Garantía de oportunidad por cualquier causa, se deberá seguir el siguiente procedimiento:

a) El beneficiario debe concurrir, por sí o por tercero, ante el FONASA o la ISAPRE, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el tercer día de vencido el plazo que corresponda, para que se le designe un nuevo prestador.

b) La designación antes indicada se debe efectuar por FONASA o la ISAPRE dentro de segundo día, y el nuevo prestador deberá cumplir con similares características a las del prestador designado originalmente.

c) El nuevo prestador dispone, a su vez, de diez días para otorgar la prestación, plazo que se contará desde su designación, salvo que el plazo para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento fuere inferior, caso en el cual prima este último.

Por ejemplo, supongamos que se trata de una prestación de tratamiento. El nuevo prestador debe otorgarla dentro de los 10 días siguientes a su designación, salvo que ese tratamiento tenga, de acuerdo al decreto que contiene la GES, un plazo inferior a esos 10 días, como puede ser “de inmediato”, “dentro de 24 horas”, “al tercer día”, etc.

d) Si el FONASA o la ISAPRE no designare un nuevo prestador o si éste no estuviera en condiciones de cumplir con la Garantía de Oportunidad, el beneficiario, por sí o por tercero, deberá concurrir a la Superintendencia, desde que tuvo conocimiento de dicha circunstancia y hasta el tercer día posterior al plazo que tenía el nuevo prestador designado para otorgar la prestación.

e) La Superintendencia procederá a designar un nuevo prestador dentro de segundo día, plazo que se contará desde la comparecencia del beneficiario.

f) Una vez designado el prestador por la Superintendencia, la Garantía de oportunidad para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento, según corresponda, será de cinco días, contados desde la designación, salvo que el plazo establecido en el respectivo decreto que contiene la GES sea inferior, caso en el que este nuevo plazo será el que allí se establece.

g) Las prestaciones que se otorguen con ocasión de las situaciones descritas precedentemente, deberán ser financiadas por el FONASA o las ISAPRE sin alterar la Garantía de protección financiera establecida en el respectivo decreto que contiene las GES.

h) No se entenderá que hay incumplimiento de la Garantía de oportunidad en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario, lo que deberá ser debidamente acreditado por el FONASA o la ISAPRE.

Casos en que se suspende la GES de OPORTUNIDAD.

La obligatoriedad en el cumplimiento de la Garantía Explícita de oportunidad podrá suspenderse de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 36 del Código Sanitario, por el plazo máximo de un mes, prorrogable si se mantuvieran las causales indicadas en dicho precepto.

Los casos que regula el artículo 36 del Código Sanitario son:

1. Epidemia;
2. Aumento notable de una enfermedad;

3. Emergencias que pongan en grave riesgo la salud o la vida de las personas.

2.2.4.- La Garantía Explícita en Salud de PROTECCIÓN FINANCIERA.

La Regla General.

De acuerdo a la letra d), del artículo 4°, de la Ley N° 19.966, la GES de Protección Financiera es *“la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen”* de GES.

Asimismo, para evitar la tentación de que el arancel de referencia contemple valores irrisorios, expresamente el legislador dispuso que él deba aprobarse en el mismo decreto supremo que contenga las GES.

La excepción.

No obstante lo anterior, el FONASA, de acuerdo a la misma Ley N° 19.966, está obligado a cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los beneficiarios adscritos a los Grupos A y B a que se refiere el artículo 160 del D.F.L. N° 1, de 2005, de Salud, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV, del Libro II, del mencionado D.F.L.

Pero bien puede ocurrir que el 20% de copago igual no sea posible de ser financiado por el afiliado.

Por ejemplo, supongamos que una prestación tiene un valor de \$1.000.000.- El 20% es \$200.000.-, y el afiliado tiene ingresos por \$250.000.-, claramente, le resultará casi imposible copagar. Para ello, el legislador creó la llamada Cobertura Financiera Adicional, regulada en los artículos 5° a 10 de la Ley N° 19.966 y en el Decreto Supremo N° 136, de 2005, de Salud.

La cobertura financiera adicional consiste en el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud, que superen un deducible.

El deducible es la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional. El deducible dependerá de quién sea el afiliado.

Para los afiliados a las ISAPRE y para aquellos pertenecientes al Grupo D de FONASA, el deducible equivale a 29 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, por

cada evento asociado a las GES que le ocurra a el o a los beneficiarios que de él dependan; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda, y no excederá de 181 unidades de fomento.

En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de FONASA, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento.

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses, contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos no excederá de 31 cotizaciones mensuales.

Tratándose de trabajadores independientes afiliados al FONASA y que se encuentren clasificados en el grupo D, el deducible por cada evento será el equivalente a dos veces el promedio de sus ingresos, promediándose sólo los meses en que haya recibido ingresos en los doce meses anteriores al evento; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contado desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos será equivalente a 3 veces el promedio mensual de los ingresos de dichos afiliados, calculados conforme a lo dispuesto anteriormente; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento.

En el caso de que los trabajadores independientes se encuentren clasificados en el Grupo C, el deducible equivaldrá a 1,47 veces el promedio mensual de sus ingresos.

Si hubiera más de un evento en un período de doce meses, contado desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos será equivalente a 2,16 veces el promedio mensual de sus ingresos.

El Decreto Supremo que contiene las Garantías Explícitas en Salud.

El Decreto Supremo N° 44 de 2007, que aprueba el último catálogo de Garantías Explícitas que se mantendrán vigentes hasta 2010, obviamente a menos que sea dictado antes uno que lo reemplace, dispone en su articulado las garantías vigentes para cada una de las patologías o problemas de salud priorizados.

Así, dispone, por ejemplo respecto de la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT):

Definición: La Insuficiencia Renal Crónica terminal, corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida de función renal permanente y con carácter progresivo a la que puede llegarse por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito y/ o hereditario como adquiridas y, requiere tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante.

Patologías Incorporadas: quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- Toda Insuficiencia Renal Crónica que requiera sustitución renal

Garantía de Acceso:

Todo Beneficiario:

- Con confirmación diagnóstica, tendrá acceso a tratamiento, conforme a lo dispuesto en las Normas Técnico Médico y Administrativo para el cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud, a las que hace referencia este Decreto en su Artículo 3°.
- En tratamiento tendrá acceso a continuarlo.
- Trasplantado tendrá acceso a nuevo trasplante, según indicación médica.
- Menor de 15 años con compromiso óseo e Insuficiencia Renal Crónica en etapa IV, tendrá acceso a estudio pre-trasplante e ingreso a lista de espera de trasplante, si cumple con criterios de inclusión, aunque no haya requerido diálisis.

Garantía de Oportunidad:

Tratamiento Desde confirmación Diagnóstica:

- Menores de 15 años:
Inicio de Peritoneodiálisis: dentro de 21 días
Inicio de Hemodiálisis: según indicación médica

- Personas de 15 años y más:
Inicio de Hemodiálisis: dentro de 7 días
Inicio de Peritoneodiálisis: según indicación médica

Los beneficiarios que cumplan con los criterios de inclusión, según las Normas Técnico Médico y Administrativo ya citadas, tendrán acceso a:

- **Estudio pre-trasplante completo para acceder a Lista de Espera:** dentro de 10 meses desde indicación del especialista.

- **Trasplante Renal:** finalizado el estudio pre-trasplante ingresan a lista de espera de trasplante, el que se efectúa de acuerdo a disponibilidad de órgano.
- **Drogas inmunosupresoras:** desde el trasplante en donante cadáver. Desde 48 horas antes de trasplante, en casos de donantes vivos.

Garantía de Protección Financiera: ver Cuadro 7

Cuadro 7

Garantía de Protección Financiera de la patología IRCT

Problema de salud	Tipo de Intervención Sanitaria	Prestación o grupo de prestaciones	Periodicidad	Arancel \$	Copago %	Copago \$
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA TERMINAL	Tratamiento	<i>Peritoneodiálisis</i>	mensual	642.840	20%	128.570
		<i>Hemodiálisis</i>	mensual	492.930	20%	98.590
		<i>Acceso Vascular Simple (mediante FAV) para Hemodiálisis</i>	cada vez	320.390	20%	64.080
		<i>Acceso Vascular Complejo (mediante FAV) para Hemodiálisis</i>	cada vez	603.560	20%	120.710
		<i>Instalación Catéter Transitorio para Hemodiálisis</i>	cada vez	69.860	20%	13.970
		<i>Instalación Catéter Transitorio Tunelizado o de larga Duración para Hemodiálisis</i>	cada vez	391.170	20%	78.230
		<i>Hierro Endovenoso pacientes en diálisis</i>	mensual	21.200	20%	4.240
		<i>Entropoyetina menores de 15 años en diálisis</i>	mensual	86.160	20%	17.230
		<i>Estudio Pre Trasplante receptor</i>	cada vez	363.060	20%	72.610
		<i>Trasplante Renal</i>	cada vez	4.264.810	20%	852.960
		<i>Droga Inmunosupresora protocolo 1</i>	mensual	16.290	20%	3.260
		<i>Droga Inmunosupresora protocolo 2</i>	mensual	244.220	20%	48.840
		<i>Droga Inmunosupresora protocolo 3</i>	mensual	621.760	20%	124.350

Fuente: D.S. N° 44 de 2007

De acuerdo al propio Decreto GES, las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios se encuentran taxativamente señaladas en su artículo 1° que contiene el catálogo de las 56 patologías o problemas de salud priorizados, las que se entregan de acuerdo a la prescripción que realice el profesional competente tanto respecto a la frecuencia como al uso de algunas o todas las prestaciones, y conforme las especificaciones o características técnicas que establece el propio Decreto, no procediendo la homologación de prestaciones.

Para estos efectos se entiende por homologación de prestaciones el reemplazo de ellas por otras que no se encuentran contempladas, o con especificaciones distintas a las exigidas.

Sólo fundado en razones de carácter clínico o sanitario, el profesional de la salud tratante podrá no prescribir una o más de las prestaciones cuando, atendida la situación de salud del

beneficiario y el estado de la medicina en el país, las perspectivas de éxito o sobrevida no hagan aconsejable la prestación correspondiente. Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, los beneficiarios tendrán derecho a solicitar una segunda opinión profesional, a la que se estará en definitiva. Este mismo derecho tienen los beneficiarios a los que se les ha diagnosticado un problema de salud por un profesional que no integra la Red de Prestadores, en el caso que dicho diagnóstico no sea confirmado por el correspondiente profesional de la Red.

El FONASA y las ISAPRE deben contemplar mecanismos para el ejercicio del derecho contemplado en este inciso, en alguno de los prestadores que formen parte de la Red correspondiente.

Si se otorga una prestación no contemplada en el citado artículo 1°, la cobertura financiera será aquella que corresponda a la Modalidad de Atención Institucional, en el caso de beneficiarios del FONASA, o del plan complementario de salud, en el caso de las ISAPRE. En esta situación, la prestación deberá encontrarse contemplada en el arancel respectivo.

El Decreto GES citado concluye reglamentando las metas de cobertura para el examen de medicina preventiva, que no revisaremos, ordenándole a la Superintendencia de Salud su fiscalización.

IV.- CONCLUSIONES.

La equidad en el sistema de salud chileno.

Chile exhibe serios problemas de distribución de la riqueza. Así, si tomamos el coeficiente de GINI del año 2006⁸⁵, vemos que fue de 0,571, lo que habla de una sociedad fuertemente segmentada.⁸⁶

Recientemente, un grupo de investigadores de la Superintendencia de Salud concluyeron que la distribución del financiamiento de la salud, entre el sector público y el privado, es inequitativa. Por cuanto el 38% de los recursos totales que el país gasta, se ocupan en el 21% de la población adscrita al sistema ISAPRE y el 62% de los recursos se destina a la mayoría restante de 79% de la población adscrita o afiliada al FONASA.

Asimismo, señalan que debido a “la diferencia de ingresos entre las personas de ambos sistemas, el 59% de las cotizaciones van al sector privado y sólo el 41% al sector público, situación que es parcialmente compensada con aporte fiscal, que compone poco más de la mitad del total de ingresos del sector público.”⁸⁷

Agregan que en cuanto al gasto de bolsillo, básicamente compuestos por co-pagos, pagos directos y gasto directo en fármacos, éstos “ocupan el segundo lugar en importancia para el financiamiento global de la salud en Chile (33%). La distribución del financiamiento por gasto de bolsillo, difiere entre el sector público y privado, siendo significativamente mayor en las ISAPRE.”

Postulan, entre otras alternativa que para “disminuir las desigualdades, se requiere incentivar la existencia de mecanismos que promuevan tanto la solidaridad entre los sistemas, como la protección financiera de los mismos, aspectos centrales para la redistribución y efectiva equidad en el financiamiento para acceder a la atención de salud.”

En Chile la equidad en salud ha sido materia de preocupación durante la última década, en efecto, el ex presidente Ricardo Lagos señaló en el primer proyecto de la reforma de la salud impulsada durante su gobierno (2000-2005) que “la equidad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. La reforma de salud propone reducir las desigualdades

⁸⁵ BANCO MUNDIAL. 2006. World Development Indicators 2006. Washington, D.C.

⁸⁶ BARREIX, Alberto; ROCA, Jerónimo; VILLELA, Luiz. Política Fiscal y Equidad. 2006. [En línea] [<http://www.iadb.org/IDBDocs.cfm?docnum=82844>] [Recopilado con fecha: 09.12.2007]

⁸⁷ CID, Camilo *et al.* Equidad en el Financiamiento de la Salud y Protección Financiera en Chile: Una Descripción General. En: Cuadernos Médico Sociales, 2006; 46, (1): 3-12.

evitables e injustas, por la vía de otorgar mayor protección social y acceso universal a la atención de salud”.⁸⁸

En este contexto fue que se desarrollaron las políticas públicas que vimos en el apartado anterior.

Como sabemos, el principio de justicia comprende un uso racional de los recursos disponibles a fin de permitir el ejercicio pleno del derecho a la salud, pero ello apunta no sólo a los ciudadanos, salvaguardando su dignidad de personas, sino que especialmente a la obligación del Estado de asegurar, una suerte de “estándar mínimo” para el goce de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de su condición socioeconómica.

Es en este sentido que se vienen desarrollando los programas y políticas públicas en salud que revisamos en los apartados anteriores.

La Constitución Política consagra que la salud es un derecho básico reconocido para todos los ciudadanos. En los proyectos de ley que conformaron la última Reforma de la Salud gestada en el país se la considera como un bien social. Porque la igualdad de oportunidades en la atención de salud es la expresión más clara de cómo se manifiestan y reclaman los derechos de las personas.

Por eso se considera que la equidad en salud, así como el acceso, calidad, oportunidad y protección financiera (conjunto de garantías en salud establecido en el Régimen GES), debe constituir un derecho esencial de todas las personas, y un imperativo ético en las políticas de salud.

Equidad en salud implica el desafío para el Estado (y los gobiernos que lo administran) de que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud y más concretamente que ninguna persona esté impedida de lograr este potencial si esto puede ser evitable. Así, tiene por tarea esencial promover la disminución de las brechas en los indicadores de salud entre los distintos estratos socioeconómicos, mediante políticas públicas centradas en los determinantes sociales, económicos y culturales que afectan a los grupos más desfavorecidos que creen igualdad de oportunidades en salud y lleven las diferencias en salud al nivel más bajo posible.

⁸⁸ LAGOS, Ricardo. Mensaje Presidencial que acompañó el Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud. 2001. Citado por Frenz.

En este sentido, y como vimos más arriba, los objetivos centrales de la reforma de nuestro actual Sistema de Salud fueron la equidad en el acceso a la atención de salud, mejorar la eficacia en las intervenciones destinadas a promover, preservar y recuperar la salud, y lograr una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles (siempre escasos).

El Régimen GES tiene como objetivo central garantizar el acceso a atención médica (garantía de acceso), dentro de plazos estrictos predefinidos (garantía de oportunidad), a todos los pacientes que cumplan con determinados criterios de inclusión, consistentes en la confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social. Para las prestaciones asociadas se definen, además, garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera.

Una cuestión que deberán tener muy presente en el Ministerio de Salud radica en que el sistema público de salud pueda cumplir con los plazos establecidos por el Régimen GES sin menoscabar la atención que se brinda al resto de los usuarios.

Sin embargo, no hay modelo que pueda sustraerse de hacer discriminaciones, y la causa no es otra que la lógica limitación de recursos ante demandas sanitarias que exceden las disponibilidades, por lo que la determinación de prioridades en los servicios de atención de salud resulta necesaria e inevitable. Y así, frente a una sociedad que presenta desigualdades en su nivel de salud, se requiere de principios éticos que rijan la asignación de los recursos.

La priorización en el Régimen GES fue realizada sobre la base de análisis sanitarios y financieros. Las garantías son determinadas por el Ministerio de Salud, con base en estudios epidemiológicos que identifican un listado de prioridades y de intervenciones que consideran la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo-efectividad. Sobre esta base se definió un listado de enfermedades y sus prestaciones asociadas.

El Régimen GES prioriza soluciones costo-efectivas (la mayor efectividad posible para resolver un problema de salud al menor costo), expresadas a través de protocolos los que, en teoría, deben considerar para enfrentar cada patología aquellas soluciones que tienen la mejor relación efecto-costo.

Además, garantiza derechos a la gente (para el grupo de patologías priorizadas) lo que representa un gran avance en el ámbito de los derechos ciudadanos.

Es evidente que una de las debilidades que presenta el Régimen GES es justamente la priorización por patologías, ya que esta es una forma común de discriminación en la atención de salud, dejando una sensación de injusticia o marginación por parte de quienes queden fuera de esa lista favorecida por las garantías explícitas.⁸⁹

Ante lo expuesto, queda de manifiesto que, frente a una sociedad que presenta desigualdades en su nivel de salud, se requiere de principios éticos que rijan la asignación de los recursos.

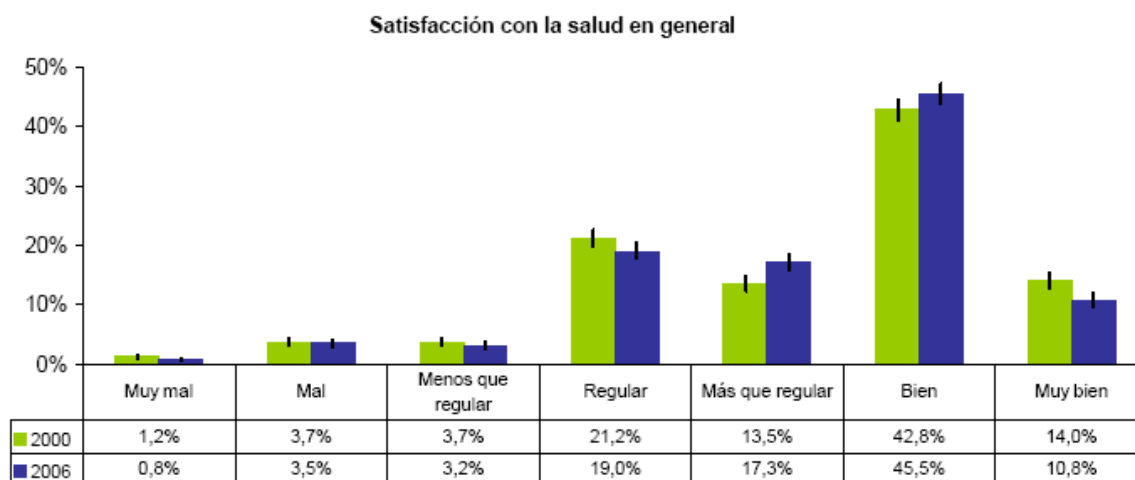
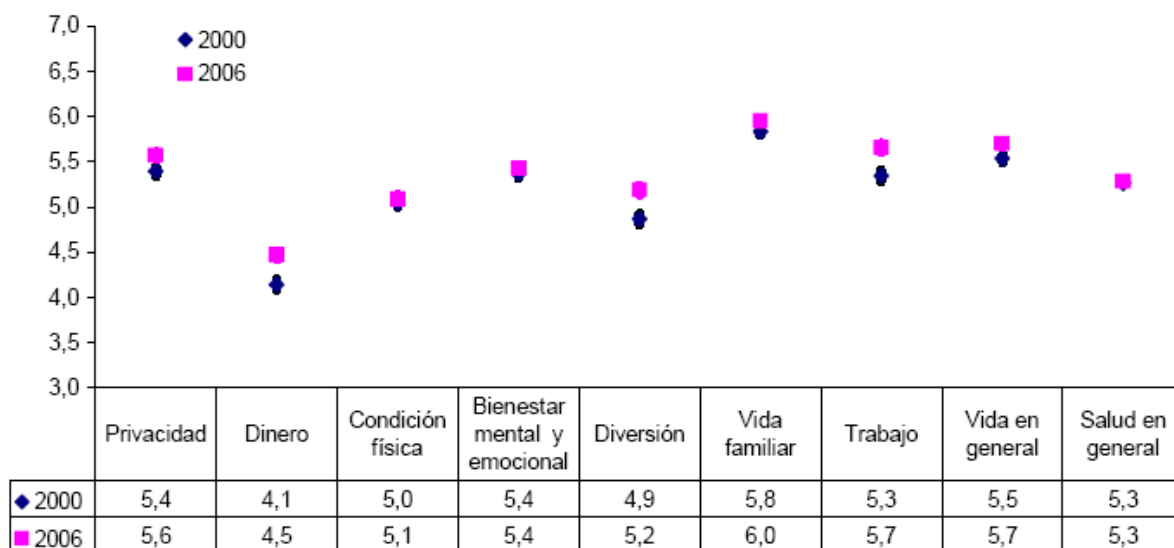
Frente a este escenario, y luego de la revisión que hicimos en los acápite anteriores, podemos afirmar que las políticas públicas desarrolladas por los últimos gobiernos de la Concertación han apuntado seriamente en la dirección de combatir las circunstancias (objetivas) que hacen patente la brecha entre ricos y pobres en materia de salud, especialmente en cuanto al acceso y a la protección financiera.

En efecto, creemos que se han hecho los esfuerzos tendientes a reducir la inequidad de nuestro sistema sanitario, aumentando el bienestar general de la población (al menos desde un punto de vista subjetivo) y evitando el empobrecimiento de las familias afectadas por alguno o algunos de los problemas de salud priorizados por el Régimen GES –generalmente de alto costo–, siendo el camino para terminar con las desigualdades aún presentes en nuestro sistema sanitario un camino largo y sinuoso, pero que no debemos abandonar como país que aspira al desarrollo.

Para concluir, incorporamos dos gráficos que muestran la percepción de la población respecto de su satisfacción con distintos aspectos de la vida y con su estado general de salud, extraído de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, que compara los años 2000 y 2006, con el fin de demostrar el impacto que a nuestro juicio han tenido las políticas públicas revisadas en esta, al comparar el primero de ellos, en que aún no se había implementado el Régimen GES con el año 2006, en que dicho régimen ya se encontraba en ejecución.

⁸⁹ LAVADOS MONTES, Claudio y GAJARDO UGAS, Alejandra. EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y LA SALUD EN CHILE. Acta bioethica. 2008, vol.14, n.2, pp. 206-211. [Disponible en línea: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200011&lng=es&nrm=iso] [Recopilado con fecha 02.12.2009]

¿Cómo se siente Ud. con...? Nota media (1 al 7, 1=muy mal a 7=muy bien)⁹⁰



Fuente: INE, Análisis comparativo Encuestas de Calidad de Vida y Salud 2000 y 2006.

[Disponible en línea: <<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Compara2000-2006ENCAVI.pdf>>]

⁹⁰ Se consultó la satisfacción con distintos aspectos de la vida, a través de una escala Lickert con 7 alternativas de respuesta, donde la nota 1 corresponde a muy mal y la nota 7 a muy bien. Las notas medias con sus respectivos intervalos de confianza del 95% son presentados en la siguiente figura. El recorrido de la nota media en ambas mediciones se ubica entre un 4,1 para la cantidad de dinero en el 2000 y un 6,0 para la vida familiar (año 2006). Comparando ambas mediciones, en el 2006 las notas medias son más altas en todos los aspectos, sin embargo, solamente existen diferencias relevantes en la cantidad de dinero que asciende a 4,5 en el 2006, en la cantidad de diversión cuya nota media es de 4,9 en el 2000 y de 5,2 en el 2006 y en la satisfacción con el trabajo que tiene un 5,3 y 5,7; respectivamente. INE, Análisis comparativo Encuestas de Calidad de Vida y Salud 2000 y 2006. [Disponible en línea: <<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Compara2000-2006ENCAVI.pdf>>]

V.- BIBLIOGRAFÍA.

1. ACUÑA, María Cecilia. Exclusión, protección social y el derecho de la salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Marzo 2005. [En línea] [www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/exclus-derecho-salud-art-1aca.pdf] [Recopilado con fecha 25.11.2007]
2. BERGEL, Salvador. Revista Latinoamericana de Bioética. 2007, 7 (12): 10-27. [En línea] [<http://www.umng.edu.co/docs/revbioetik/vol12/bergel.pdf>] [Recopilado con fecha: 26.11.2007].
3. BACHELET, Michelle. La reforma de salud está en marcha y no se posterga ni se detiene. 2001. Citada por PARADA, Mario. Solidaridad en el financiamiento de la salud. Cuadernos Médico Sociales. Chile, 2005; 45: 138-143. [En línea] [http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/45_2.pdf] [Recopilado con fecha: 10.12.2007]
4. BANCO MUNDIAL. 2006. World Development Indicators 2006. Washington, D.C.
5. BARREIX, Alberto; ROCA, Jerónimo; VILLELA, Luiz. Política Fiscal y Equidad. 2006. [En línea] [<http://www.iadb.org/IDBDocs.cfm?docnum=82844>] [Recopilado con fecha: 09.12.2007]
6. BETETA, Edmundo; CABEZAS, Marcela; FERRECCIO, Catterina; LARRAÑAGA, Osvaldo; OYARZO, César; y SANHUEZA, Ricardo. 1998. Evaluación del proceso de reforma del sector público de salud chileno: una experiencia de 20 años. Seminario de presentación de casos de experiencias de reformas en educación y salud en América Latina. Chile, Instituto de Economía – PIAS U. de Chile con apoyo del BID. 58 p.
7. BITRÁN, Eduardo. 2001. Reforma de la salud: eficiencia y viabilidad fiscal. Chile, Expansiva. 15 p.
8. BLACK, D. *et al.* Inequalities in health: a report of a research working group. London, DHSS. 1980.
9. CASTRO F., Rodrigo. 2006. Desafíos del nuevo marco regulatorio del sector salud. Chile, Libertad y Desarrollo. 33 p.

10. CHILE. Superintendencia de Salud. 2007. Evaluación de la Reforma de Salud y Situación del Sistema ISAPRES. Diseño metodológico y definición de Líneas Basales. Chile, Superintendencia de Salud. 35 p.
11. CID, Camilo *et al.* Equidad en el Financiamiento de la Salud y Protección Financiera en Chile: Una Descripción General. En: Cuadernos Médico Sociales, 2006; 46, (1): 3-12.
12. CONGRESO NACIONAL. Boletín N° 3263-11. [Disponible en línea: <<http://sil.congreso.cl/pags/index.html>>] [Consultada: 14.03.2008]
 - a. Historia de la Ley N° 19.937. Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que modifica el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. (boletín N° 2980-11) [Disponible en línea: <<http://www.bcn.cl/histley/19937/>>] [Recopilado con fecha: 17.04.2008]
 - b. Historia de la Ley N° 19.966. Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que se inicia un Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud. [Disponible en línea: <http://www.bcn.cl/histley/19966/index_html>]
 - c. Historia de la Ley N° 20.015. Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que se inicia un proyecto de ley que modifica la ley N° 18.933, sobre instituciones de salud previsional. (boletín N° 2981-11). [Disponible en línea: <http://www.bcn.cl/histley/lfs/hdl-20015/LEY_20015_COMPLETA.pdf>]
13. DANIELS, Norman. Just Health Care. Cambridge, Cambridge University Press, 1985, p. 28, citado por GRACIA, DIEGO. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud?: principios para la asignación de recursos escasos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; 108(5-6):570-601, 1990. [Disponible en línea: <<http://www.bibliomed.com/biblioteca/paho/bioetica/Cap23.pdf>>][Recopilado con fecha 02.12.2009]
14. EVANS, Robert. 1981. Incomplete Vertical Integration: the Distinctive Structure of the Health-Care Industry, en: Health, Economics and Health Economics. VAN DER GAAG, y PERLMAN (Editores). Ámsterdam.
15. FERREIRO Y., Alejandro. 2000. El Papel de las Superintendencias en la Regulación de seguros de salud. Chile, OMS. 15 p.

16. FONDO NACIONAL DE SALUD (2007) del Fondo Nacional de Salud. La Protección Social en Salud en Chile [Disponible en línea: <http://www.fonasa.cl/prontus_fonasa/site/artic/20070413/asocfile/libro_proteccion_social_en_salud_en_chile.pdf>] [Recopilado con fecha: 11 de abril de 2008]
17. FRENZ, Patricia. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. 2006. [En línea] [<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/determinantessociales.pdf>] [Recopilado con fecha: 25.11.2007]
18. GWATKIN, Donald. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? En: Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (1). [En línea] [www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue1/bu0287.pdf] [Recopilado con fecha: 26.11.2007]
19. HOLST, Jens y WIEBE, Nicola (Editores). Universalidad con solidaridad. 2004. [En línea] [<http://www.gbv.de/dms/zbw/39762199X.pdf>] [Recopilado con fecha: 05.12.2007]
20. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS (INE). Análisis comparativo Encuestas de Calidad de Vida y Salud 2000 y 2006. [Disponible en línea: <<http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Compara20002006ENCAVI.pdf>>] [Recopilado con fecha: 03.11.2009]
21. LAGOS, Ricardo.
 - a. 2001. Mensaje Presidencial que acompañó el Proyecto de Ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud. Citado por Frenz.
 - b. 2003. Mensaje de S. E. el Presidente de la República con el que inicia un Proyecto de Ley que establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno. [Disponible en línea: <<http://www.bcn.cl/histley/19888/>>]
22. LAVADOS MONTES, Claudio y GAJARDO UGAS, Alejandra. EL PRINCIPIO DE JUSTICIA Y LA SALUD EN CHILE. Acta bioethica. 2008, vol.14, n.2, pp. 206-211. [Disponible en línea: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000200011&lng=es&nrm=iso] [Recopilado con fecha 02.12.2009]
23. MINISTERIO DE SALUD. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Programación en Red año 2008. [Disponible en línea: <<http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ORIENT070907.pdf>>]

24. MOKATE, Karen. Eficacia, eficiencia, equidad y sostenibilidad: ¿qué queremos decir?
En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). “Diseño y gerencia de políticas y programas sociales”, junio 2000. [En línea] [<http://indes.iadb.org/verpub.asp?docNum=18445#>] [Recopilado con fecha: 25.11.2007]
25. MUÑOZ, Fernando. 2007. Priorización en salud en Chile - Garantía de Derechos en Salud para el Sistema de Protección Social. [Disponible en línea: <http://www.idisa.org.br/site/artigos/visualiza_conteudo.php?sub=346&cont=2139&cat=101>]
26. NANCUANTE, Ulises y ROMERO, Andrés. 2008. La Reforma de la Salud. Santiago, Instituto de Políticas Públicas y Gestión, Salud y Futuro-UNAB. 570 p.
27. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. 2000. [En línea] [[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument)][Consulta da con fecha: 10.12.2007]
28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo año 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. Ginebra, 2000. [Disponible en línea: <<http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>>, recopilado: 25 de abril de 2008]
29. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.
- a. La Salud Pública en Las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C.: OPS, 2002. Publicación Científica y Técnica N° 589. [Capítulo 6 disponible en línea: <<http://www.vcampuspaho.org/esp/Pub/SaludPublicaAmericas/pdf/06--CH6--59-72.pdf>>]
 - b. Oficina de la Subdirectora. Área de Fortalecimiento de Sistemas de Salud. Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. “Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico”. Edición Especial N° 17. Washington, D.C.: OPS, 2007.
30. RAWLS, John. Teoría de la Justicia. Fondo de Cultura Económica. Madrid, 1995. (2ª Ed.), 549 p.

31. SANHUEZA, Ricardo. 1999. Burocracia Pública y Organización en Salud. Documento de Trabajo. Universidad de Chile. Citado por CASTRO, Rodrigo. 2003. op. cit.
32. SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública. 2002, 11 (5/6).
33. SOJO, Ana.
 - a. 2000. Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie Políticas sociales N° 39. Chile, Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL).
 - b. 2006. La garantía de prestaciones en salud en América Latina. Equidad y reorganización de los cuasimercados a inicios del milenio. México, CEPAL. 55 p.
34. TITELMAN, Daniel y UTHOFF, Andras. Incertidumbre económica, seguros sociales, solidaridad y responsabilidad fiscal. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo N° 134. 2003. [En línea] [<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/12715/P12715.xml&xsl=/ues/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>] [Recopilado con fecha: 10.12.2007]
35. TOBAR, Federico et al.
 - a. Herramientas para el análisis del sector salud. 2000. Fundación ISALUD. Argentina. [Disponible en línea: <http://www.isalud.org/htm/site/documentos/13_Archivo_largo.PDF>] [Recopilado con fecha 4 de abril de 2008]
 - b. Modelos equitativos de distribución de recursos sanitarios. 2001. [En línea] [<http://www.opas.org.br/servicio/Arquivos/Sala5205.pdf>] [Recopilado con fecha: 25.11.2007].
36. TRAVIS (2002), citado por MARTÍNEZ, María Soledad. Separación de funciones en la reforma del sector salud en Chile: tres visiones. 2007. Expansiva, serie En foco N° 111. [pp. 1-9].
37. URRIOLA, Rafael. 2005. Financiamiento y Equidad en Salud: El Seguro Público chileno. Revista de la CEPAL N° 87, Diciembre de 2005. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile. [pp.: 61-78]
38. VARGAS, Ingrid; VÁSQUEZ, María Luisa; JANÉ, Elisabet. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cadernos de Saúde Pública. Río de Janeiro. 2002, 18

39. VERGARA, Marcos y MARTÍNEZ, María Soledad. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud pública Méx.* 2006, Vol. 48, N° 6, pp. 512-521. [Disponible en línea: <http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000600010&lng=es&nrm=iso>]
40. WHITEHEAD, Margaret. Equidad y ética en la sanidad. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Comité Regional para Europa 44ª sesión, Copenhague, 12 a 16 de septiembre de 1994. Traducción del Ministerio de Sanidad y Consumo (España).
41. YGLESIAS, Arturo. Salud, Gobernabilidad y Retos Estratégicos en la Sub Región Andina. Serie documentos de trabajo Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue. 2003. [En línea] [<http://epi.minsal.cl/evigant/Numero29/evigia/html/actual/LibroSaludGobernabilidad.pdf>] [Recopilado con fecha: 26.11.2007]