

INFORME
COMISION PRESIDENCIAL DE SALUD
DICIEMBRE 2010

I.- MANDATO

A fines del mes de julio de este año, el Presidente de la República, Sebastián Piñera, convocó a los Srs. Juan Pablo Illanes Leiva, Rodrigo Castro Fernández, Rafael Caviedes Duprá, Alejandro Ferreiro Yazigi, Juan Hepp Kuschel, Manuel Inostroza Palma, Cesar Oyarzo Mansilla, Pablo Rodríguez Whipple, Héctor Sánchez Rodríguez, Gonzalo Simón Bustos, Andrés Tagle Domínguez, Fabio Valdés Correa y Marcos Vergara Iturriaga a La Moneda como grupo experto en asuntos de salud pública. En la oportunidad nos dijo que nuestro país muestra con orgullo estándares sanitarios propios de economías más desarrolladas. Los indicadores clásicos, como mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer o mortalidad materna, son altamente satisfactorios, aunque recordó que estos índices guardan relación no sólo con atenciones de salud, sino también con condiciones generales de vida: mejor alimentación, control y tratamiento de aguas servidas, vacunaciones y disminución de la natalidad.

No obstante, pese a los buenos índices, existe la percepción ciudadana de que la atención de salud no es satisfactoria. Se mantienen legítimos reclamos por el trato, las colas de madrugada, las listas de espera, la falta de medicamentos y el déficit de especialistas. Aunque el Presidente Piñera afirmó haber comprometido un trabajo gubernamental intenso en estas materias, nos señaló que el ritmo enérgico no era suficiente, pues pensaba que la insatisfacción ciudadana es el reflejo de deficiencias en la estructura de los servicios de salud y su financiamiento. La buena voluntad y el sacrificio de los trabajadores y profesionales del sector salud, indicó el Presidente, no bastan para superar estos problemas.

Señaló, además: “Como anuncié en el Mensaje a la nación del 21 de mayo, debemos trabajar en una propuesta de ley que enviaremos al Parlamento durante el primer semestre del año próximo y que se haga cargo de las necesarias modernizaciones en políticas de salud, que sean coherentes con el progreso médico, el debido acceso a la atención, el perfil demográfico y epidemiológico, y la disponibilidad de recursos siempre escasos”.

Y más adelante, precisó: “Todo esto nos ha movido, como anuncié en el propio Mensaje del 21 de mayo, a convocar una Comisión de Expertos en temas vinculados a salud, que sea coherente con una visión amplia, que congregue perspectivas diversas y que sienta las bases para la creación de las propuestas de ley que he descrito y anunciado. Esta comisión sesionará durante los próximos meses en una agenda que incluye al menos los siguientes temas:

- 1) Proponer las bases de una ley a enviar durante el primer semestre del 2011 que configure un plan garantizado de salud que incluya como mínimo el Plan Auge y las patologías y condiciones que en el futuro se le incorporen, las prestaciones contenidas en el arancel codificado por Fonasa y acciones preventivas de demostrado éxito para evitar enfermedades o contribuir a su diagnóstico precoz.
- 2) Revisar el mecanismo de acceso y financiamiento del Subsidio de Incapacidad Laboral o Licencia Médica.

Bajo estos términos aceptamos hacernos cargo de la tarea de buscar las propuestas que pudieran fortalecer la atención de salud de los chilenos en el futuro.

II.- PRESENTACIÓN DEL COORDINADOR DE LA COMISION

La comisión de expertos en salud a la que nos convocó el Presidente de la República, Sebastián Piñera, ha trabajado intensamente durante cuatro meses para cumplir con la tarea encomendada. Cada uno de sus miembros aportó desde una perspectiva profesional diferente, con inteligencia y con pasión. En muchos de los diagnósticos hubo un alto grado de consenso, como también en muchas de las soluciones, pero por cierto no en todas. La tarea de proponer reformas en salud es intrincada y laboriosa y posiblemente se van a requerir plazos prolongados para alcanzar un consenso nacional.

Los cambios y reformas en los sistemas de salud son especialmente complejos y difíciles por múltiples razones, pero hay al menos dos que no suelen ser reconocidas y deben subrayarse al momento de intentar nuevas reformas en nuestro régimen de salud.

La primera razón deriva del hecho de que el sistema de salud chileno se compone de numerosos elementos estrechamente relacionados entre sí, como ocurre en todos los sistemas de salud, y no es posible modificar un aspecto aislado, sea estructural o funcional, sin alterar el funcionamiento de todos los demás. En una somera descripción de la estructura de un sistema de salud, al menos cabe distinguir tres estratos: el del financiamiento, que involucra a los trabajadores y al Estado; el de los seguros, que en Chile son en la actualidad tanto privados como públicos; y el de los prestadores, que incluye a médicos, hospitales, clínicas y otros, que también pueden dividirse en privados y públicos. Si se plantea modificar, por ejemplo, el financiamiento de los seguros privados, necesariamente habrá consecuencias que se sentirán en el asegurador público, en la conducta de los trabajadores asegurados y en los hospitales públicos y clínicas privadas, además de otros prestadores tales como profesionales independientes, laboratorios clínicos y otros.

El segundo punto que debe considerarse antes de emprender una reforma del sector es que los cambios deben hacerse sin interrumpir el trabajo diario de las atenciones de salud ni interferir con ellas, pues los equipos que prestan las atenciones al público no pueden detenerse jamás. Como lo ha señalado un ministro europeo de salud, es algo

similar a arreglar el motor de un avión en pleno vuelo. Puede hacerse, pero debe procederse con mucho cuidado. Por esta razón, no caben revoluciones sanitarias que cambien todo en un solo paso, sino que se requieren años para alcanzar un cambio global. En el intertanto, sólo se puede avanzar gradualmente, construyendo un consenso político en las metas finales de largo plazo y poniendo en marcha cambios graduales que aborden los problemas más acuciantes.

Por cierto, existen otras dificultades, pero estas dos son características que distinguen al sector salud de muchos otros sectores y están en la raíz de las dificultades para realizar reformas profundas no sólo en Chile, sino en todos los países. Un estudio entre varios países de alto desarrollo reveló que el año 2007 existía en todos ellos una profunda insatisfacción del público con los sistemas de salud, situación que no parece haber cambiado sustancialmente en los últimos 20 años pese a los enormes esfuerzos de cambios que se han hecho en ellos. (Cuadro 1).

Cuadro 1

Proporción de la población insatisfecha con el sistema de salud (en porcentaje)

	1990	2007
Australia	60	73
Canadá	43	72
Alemania	-	78
Holanda	51	58
Nueva Zelandia	-	73
Reino Unido	69	72
EE.UU.	89	82
Francia	52	-
Suecia	64	-
Japón	53	-
Italia	86	-

Fuente: OECD Health Data 2010, October. Corresponde a la suma de quienes responden que el sistema de atención de salud necesita cambios fundamentales y quienes responden que el sistema de salud necesita ser completamente reconstruido.

Las encuestas periódicas realizadas en Chile revelan un fenómeno semejante. Una alta proporción de la gente estima que la salud debería ser una de las primeras prioridades del gobierno y tal apreciación se mantiene sin cambios a lo largo de las décadas.

Para realizar su difícil trabajo la Comisión contó con el apoyo de numerosas personas que respondieron con generosidad a nuestras invitaciones y nos dieron su tiempo y sus conocimientos, preparando presentaciones técnicas de alta calidad y respondiendo a todas nuestras preguntas. A nombre de la Comisión quiero agradecer muy especialmente a la Sra. E.U. Ecilda Soto, Jefa del Departamento de Asesoría Ministerial del Gabinete del Ministro de Salud, quien nos acompañó y nos apoyó en todas las etapas de este trabajo. Además quiero extender los agradecimientos de la Comisión a las siguientes personas:

Sra. Carolina Schmidt, Ministra Directora del Servicio Nacional de la Mujer; Sr. Luis Romero, Superintendente de Salud; Sra. María Eugenia Salazar, gerente de estudios de Clínicas de Chile A.G.; Sr. Míkel Uriarte, director nacional de Fonasa; Sr. José Manuel Camposano, vicepresidente de la Asociación de Aseguradores de Chile; Sr. Jorge Claude, gerente general de la Asociación de Aseguradores de Chile; Sr. Cristián Baeza, Especialista Principal de Política de Salud de la Región de América Latina y el Caribe del Banco Mundial; Dra. Cecilia Sepúlveda, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Sr. Hernán Sandoval, ex secretario ejecutivo de la Comisión de Reforma de Salud; Sr. Álvaro Covarrubias, ingeniero civil, ex académico de la Universidad de Talca y experto en salud; Sres. Alejandro Vécari, Maximiliano Silva y José Miguel Poblete, abogados del estudio Fontaine y Cía, y al señor Javier Labbé Cid, Ingeniero Comercial, quien nos prestó su inestimable asesoría técnica.

Además, agradecemos a los ciudadanos y organizaciones sociales que participaron de nuestra sesión pública con sus valiosos aportes: Dr. Carlos Montoya, profesor de Salud Pública de la Universidad de Chile; Sr. Javier Fuenzalida, economista y profesor de la Universidad Finis Terrae; Sr. Antonio Morales, director médico de ISM; Sr. Rodrigo Troncoso, coordinador del programa social del Instituto Libertad y Desarrollo; Sr. Francisco Schulz, director ejecutivo de OrientaSalud; Sr. Juan Pablo Bórquez, abogado e ingeniero comercial, profesor de la

Facultad de derecho de la U. de Chile; Sr. Mario Parada, coordinador de Alames-Chile (Asociación Latinoamericana de Medicina Social); Sr. Mario Elórtegui, ex ejecutivo de la industria farmacéutica.

Debemos un agradecimiento especial a los Dres. María Begoña Yarza, directora del Servicio de Salud Metropolitano Sur, y Guillermo Pardo, director del Hospital Carlos Van Buren por haber entregado testimonio de sus experiencias por escrito para ser incluidos como anexo al presente informe.

Para todos ellos, nuestros sinceros reconocimientos.

Juan Pablo Illanes
Coordinador Ejecutivo

III.- RESUMEN EJECUTIVO

En este informe, la Comisión convocada por el Presidente Sebastián Piñera para analizar la situación del sistema chileno de salud analiza los antecedentes principales del sistema, tanto en su vertiente pública como privada, y formula recomendaciones. En la primera parte se comprueba que existen problemas de alcance nacional, caracterizados por el aumento sistemático de los costos de salud de nuestro país con el consecuente incremento del gasto tanto en el sistema público, financiado con un notable aumento de la participación de los subsidios estatales, como en el sector privado.

Además, se constata que el país ha experimentado una rápida transición demográfica que significa envejecimiento de la población y cambios epidemiológicos que con seguridad habrán de significar un aumento en el futuro cercano de las enfermedades más complejas, lo que seguirá presionando al alza los costos del sistema y la necesidad de modificar en forma sustancial los modelos de atención de salud y la forma de organizar los sistema de salud de nuestro país.

Cada uno de los componentes del sistema enfrenta problemas y dificultades de diferente entidad. El asegurador público ha experimentado un significativo aumento del componente fiscal de sus ingresos, en tanto las Isapres enfrentan cada vez más conflictos con sus clientes, los que han judicializado sus reclamos principalmente por el incremento en los precios. La red pública de consultorios y hospitales sufre de muchas deficiencias en su organización, lo que le impide responder en forma dinámica a las cambiantes necesidades de sus beneficiarios generando en éstos altos grados de insatisfacción. Los centros privados, debido al modelo de compra por parte de los seguros, se orientan al pago por prestaciones, lo que presiona a un incremento de los costos e impide dar dar solución global a los problemas de salud de una población.

La Comisión acordó, en primer lugar, recomendar un cambio institucional para transformar las licencias médicas en un seguro de incapacidad laboral que cubra la incapacidad temporal de generar ingresos de los trabajadores afectados por una enfermedad común. En este informe se detalla la forma en que podría operar el sistema, que

habrá de cubrir a los afiliados a Isapres y Fonasa y que debería ser financiado en partes iguales por trabajadores y empleadores. Se propone una institucionalidad nueva para tramitar las licencias de los trabajadores adscritos a Fonasa e Isapre, que dé seguridades para un eficiente y equitativo sistema de control que asegure que quien la necesite la reciba, pero que impida los abusos, excesos y fraudes.

Con respecto al financiamiento del sistema de salud, la Comisión respalda en forma unánime la creación de un plan universal de salud para todos los chilenos junto a un cambio en la forma de cálculo de los aportes fiscales a la salud, dejando atrás el sistema de presupuestos históricos, y estableciendo una prima per cápita que cubra totalmente el valor del plan en el caso de los indigentes y parcialmente a quienes pueden contribuir con su cotización.

Asimismo, la Comisión estima que todas las personas debieran tener la posibilidad real de elegir la entidad de seguridad social a la que quieran afiliarse generando en forma gradual los mecanismos que permitan, con aportes de los trabajadores y el Estado, la movilidad de las personas.

No obstante, una mayoría es partidaria de crear un fondo de compensación de riesgos que se financie con las cotizaciones obligatorias de salud y los subsidios que el Estado destine a las primas per cápita. Dicho fondo se distribuiría entre las diversas entidades de seguridad social en salud, privadas o pública, de acuerdo a las nóminas de sus afiliados, compensando el riesgo estimado de sus beneficiarios, según sexo y edad. Asimismo esta posición de mayoría plantea la transformación del sistema actual de seguros de salud chileno creando las Entidades de la Seguridad Social en Salud, ESSS pública y privadas, las cuales regidas por los principios de la seguridad social, gestionen el financiamiento del plan universal garantizado. Pero no hubo consenso sobre la constitución de un fondo único que reúna todos los dineros de cotizaciones y subsidios, pues la minoría no lo respalda, entre otras razones, por las dificultades de efectuar una transición desde el sistema actual. Dicho sector estima que podría definirse un modelo que privilegie la solidaridad mediante aportes estatales ajustados por nivel de ingresos y riesgo de las personas y no mediante las cotizaciones para salud.

El informe examina en forma específica la prestación de servicios en el sistema público de salud por su importancia para la inmensa mayoría de la población. Se analiza el funcionamiento de los hospitales y se formulan recomendaciones respecto de su financiamiento, sus incentivos, su autonomía y su integración en red con la atención primaria, entre otras materias. Asimismo se formulan recomendaciones en torno a los modelos de gestión y de concesiones. Luego se aborda la necesidad de definir una política de formación de especialistas.

Se analiza también la situación actual de la medicina preventiva y se formulan recomendaciones respecto de su desarrollo futuro. Asimismo, se analiza el impacto de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales de los trabajadores que dependen del ISL y deben recibir atención en la red pública de salud.

Por último, se incluyen tres anexos que se consideran relevantes para el contexto de las propuestas efectuadas : el de las reformas de salud del año 2005 que aún no se han implementado del todo y que constituyen, a la vez, tareas pendientes y oportunidades de avances rápidos en algunos aspectos del sistema actual; el testimonio personal del Dr. Guillermo Pardo, director del Hospital Carlos Van Buren, en especial en lo que se refiere al funcionamiento del servicio de urgencia de ese hospital, y el de la Dra. Begoña Yarza, del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

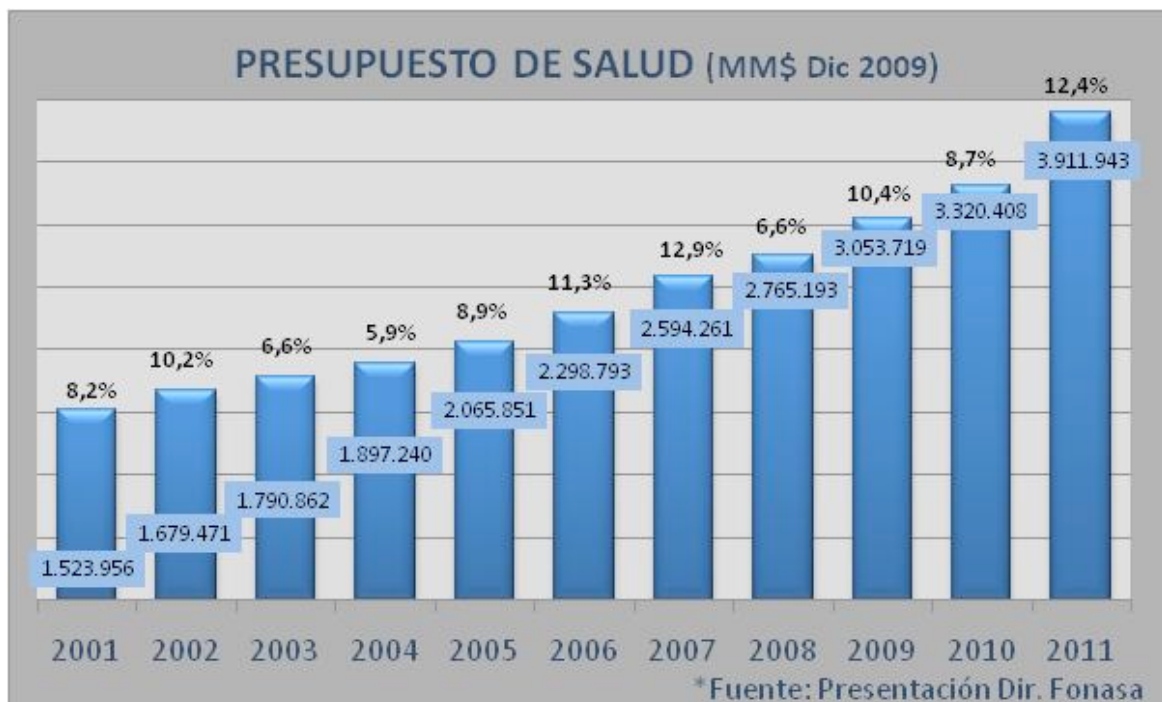
IV.- INTRODUCCIÓN

El sistema chileno de salud ha evolucionado a lo largo de los años respondiendo a las necesidades y problemas de cada época. Los ajustes, anexos y complementos que se han ido agregando se han hecho de acuerdo a las visiones predominantes en esos momentos y, como consecuencia, hoy el sistema se compone de subsistemas que están contruidos sobre bases filosóficas diferentes. Producto de ello, a menudo se observa una falta de coherencia interna en el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud, lo que produce distorsiones y otros efectos indeseables.

Al llegar al Bicentenario, las amenazas al sistema de salud provienen no sólo de sus estructuras poco orgánicas, sino también de las tendencias demográficas y epidemiológicas que se observan en el país. El gasto en salud ha tenido un aumento progresivo en los últimos años, con un crecimiento promedio anual de 9,3 por ciento desde el año 2000.

Cuadro 2

Evolución del presupuesto para salud 2001- 2011



Pese a este importante aumento en los gastos, que refleja un esfuerzo del país por atender las inquietudes ciudadanas en este campo, la satisfacción de los ciudadanos no parece haber aumentado. Al menos, no ha habido un cambio proporcional en esos indicadores. Los estudios de opinión pública que se repiten periódicamente no revelan una tendencia positiva. El Centro de Estudios Públicos ha formulado en todos sus estudios desde 1990 una pregunta sobre los problemas a los cuales el gobierno debería dedicar mayores esfuerzos y la inquietud por la atención de salud no ha disminuido entre 1990 y 2010.

Cuadro 3

Evolución de la relevancia del tema de salud para la población, según encuesta CEP 1990- 2010

LUGAR DE MENCIÓN DE PROBLEMAS A LOS QUE EL GOBIERNO DEBERÍA DEDICAR MAYOR ESFUERZO*			
Fecha Encuesta	Prioridad	Fecha Encuesta	Prioridad
junio-1990	1ro entre 15	septiembre-1999	4to entre15
septiembre-1990	2do entre 10	marzo-2000	3ro entre15
diciembre-1990	2do entre 11	noviembre-2000	4to entre15
marzo-1991	2do entre 12	junio-2001	3ro entre15
junio-1991	2do entre 12	diciembre-2001	2do entre15
septiembre-1991	2do entre 12	julio-2002	2do entre15
diciembre-1991	2do entre 12	diciembre-2002	3ro entre15
abril-1992	2do entre 12	junio-2003	4to entre15
agosto-1992	2do entre 12	diciembre-2003	3ro entre15
diciembre-1992	2do entre 15	junio-2004	3ro entre15
marzo-1993	2do entre 13	diciembre-2004	3ro entre15
junio-1993	2do entre 15	junio-2005	3ro entre15
octubre-1993	2do entre 13	agosto-2005	2do entre15
diciembre-1993	1ro entre 13	octubre-2005	3ro entre15
diciembre-1994	2do entre 13	junio-2006	2do entre15
marzo-1995	4to entre 13	diciembre-2006	1ro entre15
noviembre-1995	2do entre 13	junio-2007	2do entre15
junio-1996	2do entre 15	noviembre-2007	2do entre15
noviembre-1996	3ro entre 15	junio-2008	3ro entre15
junio-1997	3ro entre 15	noviembre-2008	2do entre15
diciembre-1997	2do entre 15	mayo-2009	2do entre15
junio-1998	1ro entre 15	agosto-2009	2do entre15
abril-1999	3ro entre 15	octubre-2009	3ro entre15
		junio-2010	2do entre15

*Fuente: Encuesta CEP.

En la tabla se puede apreciar que el tema de salud siempre ha estado en los primeros lugares de relevancia, en términos de lo que las personas creen que el gobierno debería destinar sus esfuerzos.

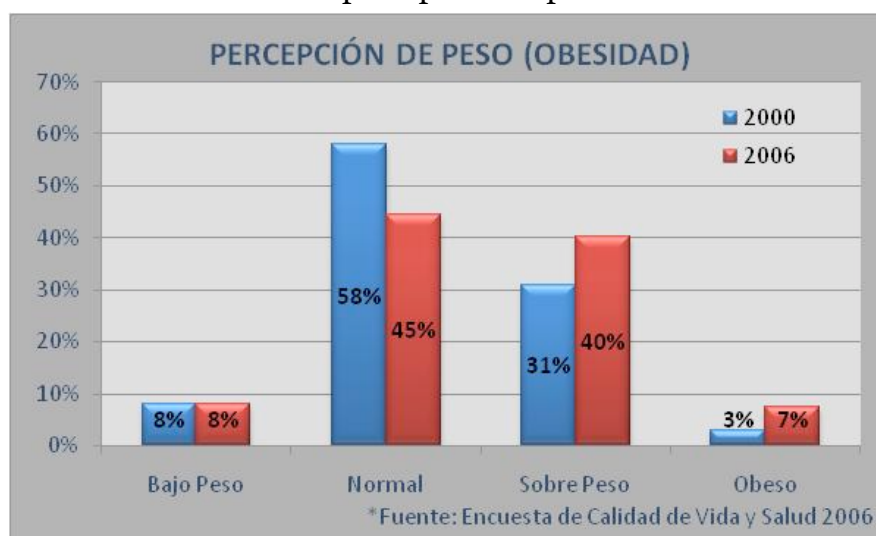
El sistema chileno de atención de salud requiere de cambios profundos para modificar las impresiones negativas y la inquietud ciudadana respecto de la atención que podrían recibir en caso de contraer una enfermedad. Tales cambios no serán fáciles de poner en marcha y por tal razón, es natural que las autoridades prefieran corregir superficialmente los problemas más urgentes eludiendo la necesidad de

construir un consenso para impulsar reformas de largo plazo. Sin embargo, existen otros antecedentes de carácter demográficos y epidemiológicos, que aconsejan iniciar cuanto antes una reforma. Las cifras revelan que nuestro país está en un acelerado proceso de transición demográfica que conduce a un envejecimiento de la población, con el consiguiente cambio del perfil epidemiológico. Las enfermedades agudas e infecciosas -que constituyeron el modelo alrededor del cual se construyeron históricamente los sistemas de seguros y de atención de salud- han mostrado una tendencia declinante que las ha reducido fuertemente, en tanto van en aumento las afecciones crónicas propias de los adultos mayores.

De otra parte, los estilos de vida que acompañan a las sociedades de mayor afluencia favorecen el sedentarismo y la obesidad, que con el correr del tiempo puede conducir a mayores tasas de enfermedades crónicas complejas, tales como diabetes y enfermedades circulatorias. Las cifras que se han obtenido en Chile respecto de estos parámetros han dejado en evidencia que estos problemas han alcanzado aquí magnitudes aún mayores que en países de avanzado desarrollo. Puede esperarse que la complejidad de los problemas de salud, sólo por los efectos del envejecimiento, la obesidad y el estilo de vida sedentario, experimente un aumento brusco en los próximos años.

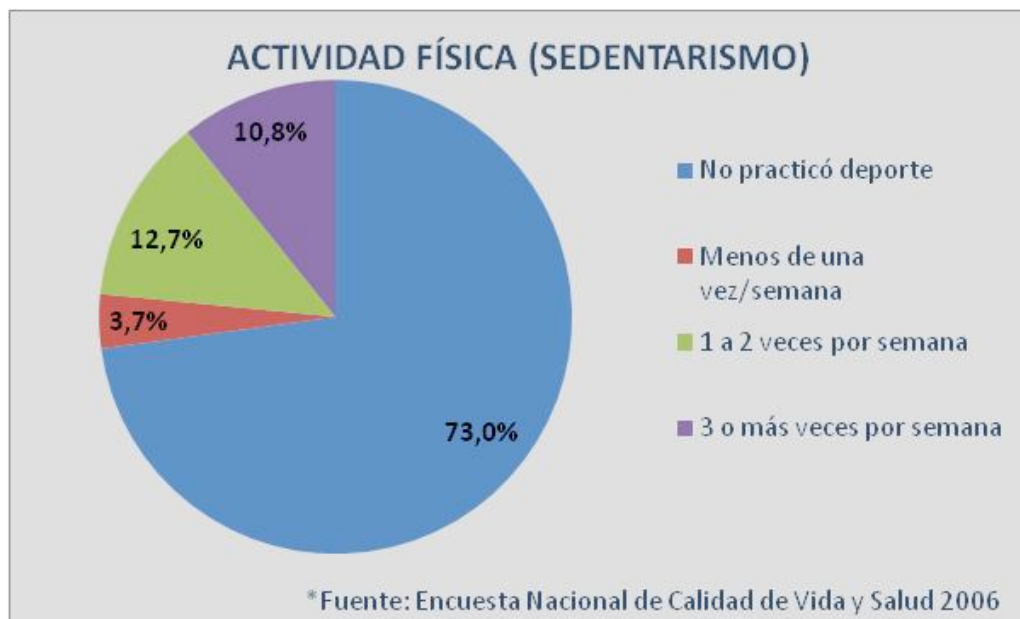
Cuadro 4

Evolución de la percepción de peso 2000-2006



En el cuadro se presenta un aumento en la proporción de la población que presenta sobrepeso y obesidad, con la consecuente reducción en el grupo de peso normal.

Cuadro 5
Nivel de actividad física 2006



En el cuadro se puede observar que un gran porcentaje de la población no realiza actividad física (sedentarismo).

Cuadro 6
Peso y obesidad en el mundo

País	Sobrepeso	Obesidad
Estados Unidos (2008)	68	34
México (2006)	70	30
Nueva Zelanda (2007)	63	27
Australia (2007)	61	25
Reino Unido (2008)	61	25
Canada (2008)	60	24
Irlanda (2007)	61	23
Chile (2005)	60	22
Islandia (2007)	60	20
Luxemburgo (2007)	55	20
Hungría (2003)	53	19
Grecia (2008)	59	18
España (2009)	55	17
R. Checa (2008)	52	17
Eslovaquia (2008)	52	17
Eslovenia (2007)	55	16
Alemania (2009)	52	16
OECD	50	16
Finlandia (2008)	49	16
Portugal (2006)	52	15
Bélgica (2008)	47	14
Israel (2008)	48	13
Polonia (2004)	45	13
Austria (2005)	48	12
Holanda (2009)	47	12
Dinamarca (2005)	45	11
Francia (2008)	38	11
Suecia (2007)	44	10
Noruega (2008)	46	10
Italia (2008)	46	10
Suiza (2007)	37	8
Corea (2008)	31	4
Japón (2008)	24	3

Componentes del sistema

Los principales componentes del sistema chileno de salud son el Fondo Nacional de Salud, Fonasa, gestionado por el Estado, y las Instituciones de Salud Previsional, Isapres, entidades privadas cuyo objeto exclusivo

es el financiamiento de las prestaciones y beneficios de salud, sin participar en la ejecución de prestaciones. Paralelamente, los accidentes laborales y las enfermedades profesionales son atendidos mediante un sistema separado. Junto a ellos, existe un sistema de salud de las Fuerzas Armadas y Carabineros que atiende aproximadamente al 13 por ciento de la población.

Cada uno de los subsistemas, y muchos de sus componentes, experimentan hoy graves dificultades.

El Fonasa tiene 12,5 millones de asegurados, que corresponde al 73 por ciento de la población chilena, con 4,9 millones de cotizantes.

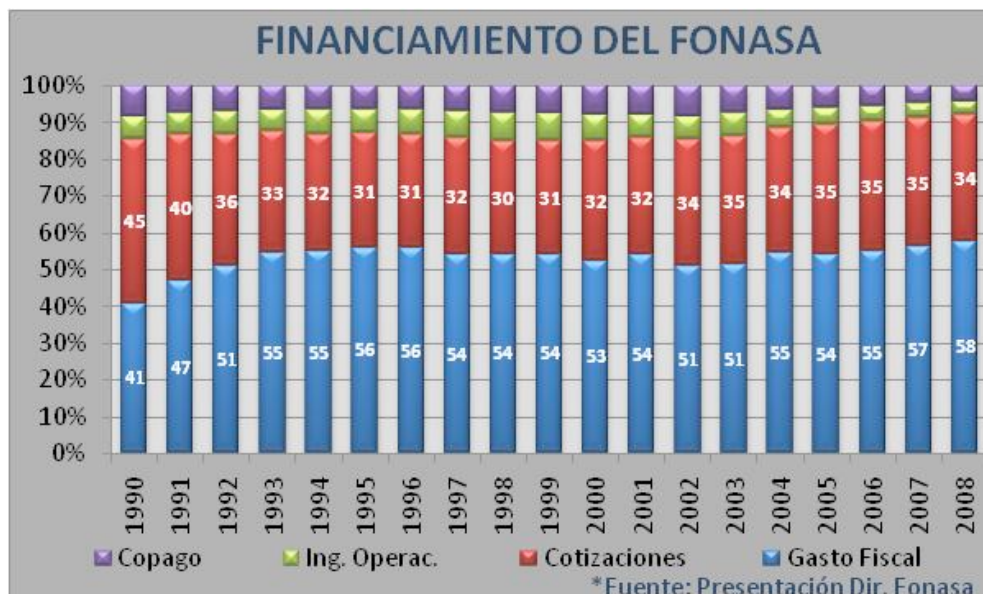
Cuadro 7
Población 1990-2009 distribuida por previsión de salud



El financiamiento proviene de dos fuentes: los aportes de los propios cotizantes, que alcanzaron el año 2008 el 42 por ciento del gasto total, y los aportes del Fisco el 58 por ciento restante, que constituyen un subsidio para la atención de salud de la población beneficiaria. En el diseño inicial del sistema, el subsidio tenía por objeto ayudar a los indigentes que no cotizaban y a los sectores de más bajos ingresos, pero hoy el subsidio alcanza prácticamente a todos los sectores de la población del Fonasa, debido a que el incremento de los costos ha sido mayor que el aumento de las remuneraciones.

Cuadro 8

Evolución de la distribución del financiamiento del Fonasa según fuente 1990-2008



Para otorgar sus beneficios, el Fonasa separa a sus beneficiarios en grupos según ingresos. El grupo A, que corresponde a indigentes que no aportan cotización, comprende a 3,9 millones de personas, una cifra muy superior al total de pobres que registra la encuesta Casen, los que ascienden a 2,5 millones de personas. El grupo B de Fonasa, que corresponde a cotizantes con ingresos mensuales inferiores a 172 mil pesos, incluye a 4,1 millones de personas adicionales que enfrentarían condiciones económicas muy adversas que no se detectan en las encuestas nacionales destinadas a medir ingresos familiares.

Las Isapres cuentan con 2,8 millones de beneficiarios de los cuales 1,4 millones son cotizantes. Necesariamente deben desenvolverse en un mercado altamente regulado, pero las regulaciones no han sido constantes desde su creación hace casi 30 años. Las dificultades que han enfrentado las Isapres se relacionan con el fuerte incremento de los costos, sin que se haya encontrado un mecanismo de reajuste de los precios validado por la sociedad. A lo anterior cabe agregar el deterioro de su imagen pública por diversas razones y la creciente judicialización del sistema con sus clientes.

La Corte Suprema recientemente ha hecho presente que en el país se ha observado un fuerte aumento de los recursos de protección en los últimos años. Pero el fenómeno puede explicarse casi enteramente por los recursos en contra de las Isapres, como lo revela el cuadro siguiente.

Cuadro 9

Evolución de los Recursos de protección presentados ante la Corte de Apelaciones de Santiago

	Recursos de Protección					
	Isapre		Otro		Total	
2.007	737	32%	1.540	68%	2.277	
2.008	5.214	75%	1.717	25%	6.931	
2009 (1er sem.)	4.357	83%	876	17%	5.233	

Más aún, los resultados de esos recursos fueron desfavorables para las Isapres en proporciones crecientes. Si el año 2008 el 75 por ciento de los recursos de protección que se presentaron en la Corte de Apelaciones de Santiago se dirigían contra de las Isapres, el 89 por ciento de aquellos estimados admisibles provenían de ese grupo, el 95 por ciento de los acogidos y el 99 por ciento de los acogidos con costas tuvieron ese origen. No parece razonable que los conflictos derivados por el incremento de precios deban resolverse por recursos de protección y no por juicios arbitrales, como lo ha definido la ley de Isapres.

Recientemente, el Tribunal Constitucional, actuando de oficio, declaró inconstitucional un inciso de un artículo que formaba parte del marco regulatorio aprobado por el Congreso Nacional en la reforma del año 2005 para la tarificación de precios, con lo cual la industria y los afiliados quedan en una situación de incertidumbre.

Pero más allá de las empresas privadas y del ente estatal que prestan servicios de seguros para financiar las atenciones de salud, las entidades encargadas de prestar esas atenciones médicas también enfrentan serias dificultades. En el caso de los prestadores públicos – hospitales, consultorios municipales y otros—sus insuficiencias los han

puesto en continua observación crítica por el público y los medios de comunicación. Sus redes no están bien integradas, sus recursos están mal distribuidos, las decisiones se adoptan en forma muy centralizada sin dejar posibilidades de responder a las cambiantes necesidades locales, sus administradores carecen de atribuciones para hacer frente a los problemas más comunes y muchas otras dificultades, como la bajísima tasa de inversiones, que serán descritas más adelante en la sección correspondiente de este informe, permiten concluir que el sitio donde se deben resolver los problemas de la gran mayoría de la población, adolece de deficiencias serias. Un alto porcentaje de los cargos de mayor responsabilidad directiva en los hospitales permanece vacante o son ocupados interinamente por profesionales no especializados en administración hospitalaria. Las atribuciones de estos directivos, en todo caso, no les permiten resolver los problemas, como lo demuestra el hecho de que en varias instituciones la proporción de gastos fijos, destinados a pagar los sueldos del personal, supera el 80 o el 90 por ciento del total.

Entre los prestadores privados, los problemas son de una naturaleza diferente. Las clínicas, centros médicos y laboratorios, insertos como están en un sistema más amplio, han quedado orientados fundamentalmente al pago por prestaciones producto del modelo de compra por parte de los seguros, con lo cual no pueden abordar soluciones de problemas de salud en forma global y están expuestos a fuertes presiones inflacionarias.

El sistema de accidentes laborales y enfermedades profesionales opera en su propia esfera de especialización y recurre en gran parte a sus propias instalaciones. Pero una proporción importante de los trabajadores del país, cercana al 25 por ciento, debe confiar su atención a las mismas redes de prestadores públicos, con lo cual aumenta la presión asistencial y no obtiene una atención satisfactoria, de acuerdo a los aportes que realizan. La ley que dio origen al sistema de aseguramiento ante accidentes del trabajo tiene ya más de 40 años de funcionamiento sin que haya experimentado cambios de importancia, a pesar de que en este campo, como en todos los otros relacionados con la medicina, las transformaciones ocurridas han sido muy profundas.

V.- LICENCIAS MÉDICAS

1. Resumen

Se propone cambiar la institucionalidad del sistema actual, separar su financiamiento del presupuesto o cotización para salud y crear el Seguro de Incapacidad Laboral (SIL), que cubrirá la incapacidad temporal de generar ingresos producida por la enfermedad común de un trabajador. Este seguro cubrirá indistintamente a trabajadores dependientes e independientes, afiliados a Isapres o a Fonasa y que coticen para este seguro. El seguro SIL será financiado en un 50% por el trabajador y en un 50% por el empleador.

2. Diagnóstico

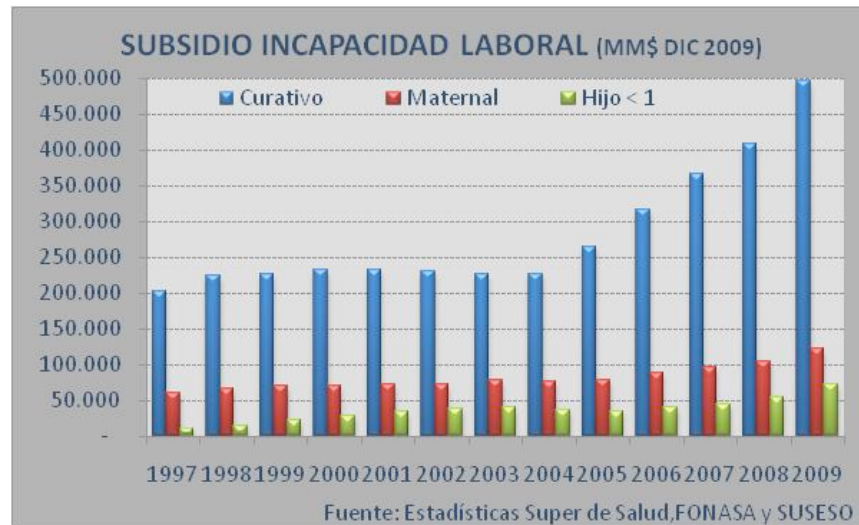
El reposo médico es una indicación terapéutica necesaria para la recuperación del enfermo. No obstante, se hace posible mediante una licencia médica que le permite al trabajador formal asegurado o aportante justificar su ausencia al trabajo y recibir así una compensación económica durante el tiempo que se encuentre incapacitado de trabajar y generar ingresos.

En Chile, cuando se refiere a la enfermedad que no tiene origen laboral, dicha compensación tiene una tasa de sustitución de la remuneración imponible del trabajador de un 100%, con tope legal de 64,5 UF (2.700 dólares), tres días de deducible para licencias menores a 11 días a los trabajadores del sector privado y si bien existe un límite teórico de extensión (52 semanas prorrogable a 104), éste puede excederse en la práctica.

El gasto en licencias médicas de los beneficiarios de FONASA ha venido creciendo sistemáticamente en las últimas dos décadas –y en particular desde el año 2000- en parte explicado por un incremento de la Tasa de Incapacidad laboral (TIL), que corresponde al número de días de licencia utilizados en el año por cada trabajador, sin un correlato epidemiológico que lo explique completamente y, producto, entre otras causas, de un deficitario sistema de control. Las Isapres controlan más intensamente el uso del recurso por parte de sus cotizantes, lo que se refleja en una TIL más estable (Cuadro 10 al 12).

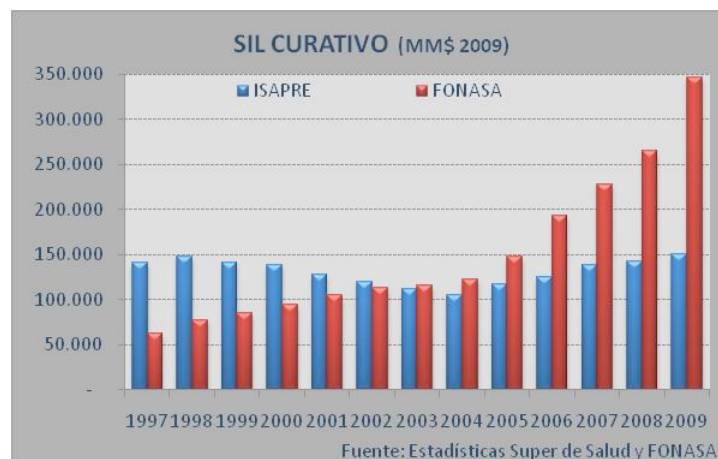
Cuadro 10

Subsidio por Incapacidad Laboral según tipo 1997-2009



Cuadro 11

Subsidio por Incapacidad Laboral, según subsistema 1997-2009

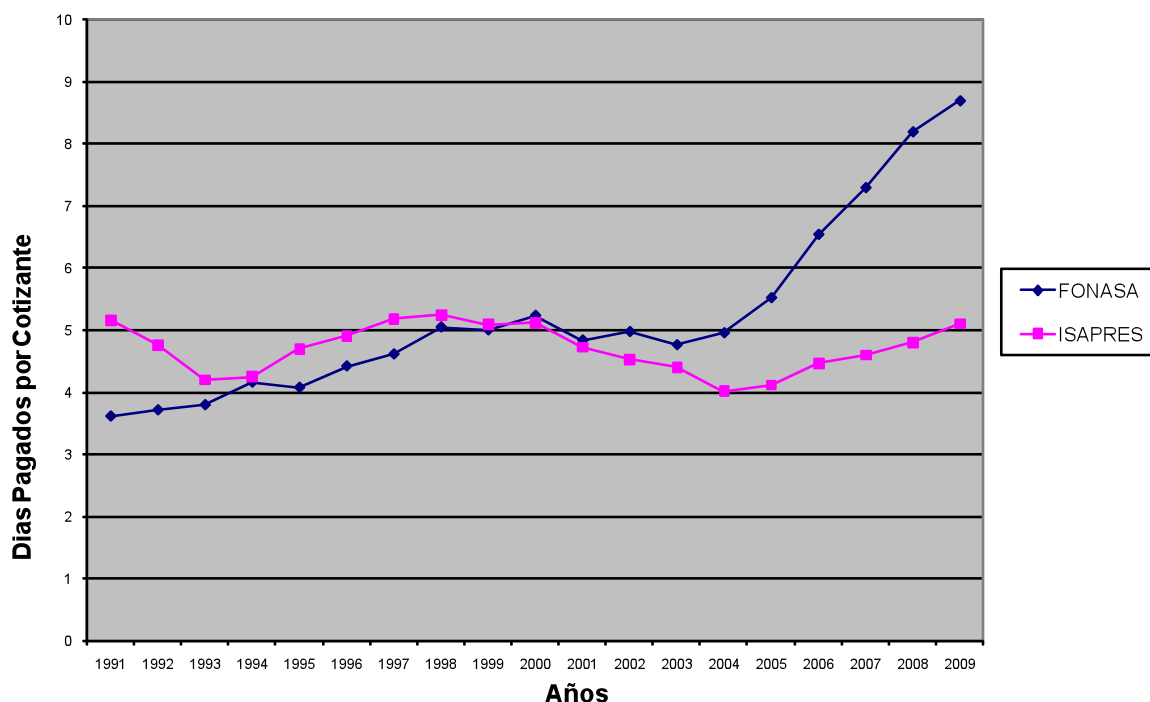


Cuadro 12

Evolución de la Tasa de Incapacidad Laboral 1991-2009

(Fuente FONASA y Superintendencia Salud)

Evolución Tasa de Incapacidad laboral (TIL)



Se verifican de este modo dos grandes fallas del sistema: el incremento permanente del uso por parte de los trabajadores cotizantes a Fonasa, por una parte, y la generación de un círculo de mutua desconfianza con los trabajadores cotizantes a las Isapre, por otra, ambos elementos centrales de los trastornos del sistema en la actualidad.

En Chile es previsible que los cambios demográficos en desarrollo, el crecimiento económico y la permanente expansión de las fronteras de la enfermedad, traigan aparejado un mayor consumo sanitario y, en consecuencia, una mayor probabilidad de usar el recurso licencia médica, salvo que se produjesen transformaciones profundas en el modelo de atención de la salud. Sin embargo, habida cuenta de los cambios ocurridos y por ocurrir en el perfil demográfico y epidemiológico de la fuerza laboral en Chile, quienes han estudiado el sistema de licencias médicas o lo conocen bien gracias a su ámbito de

desempeño, detectan problemas que expanden el uso del recurso más allá de lo estrictamente necesario y que podrían evitarse o mitigarse en la actualidad. Sólo para fines de ordenar las propuestas, se clasifican aquí en tres tipos:

- Problemas de diseño del beneficio que posibilita su uso para resolver circunstancias cotidianas o simplemente para extender las licencias más allá de la estricta necesidad de reposo médico (el abuso o mal uso), incluida aquí la carencia de 3 días para licencias menores de 11 días, que termina creando un espacio indeseado para la extensión del reposo más allá de lo necesario.
- Vacíos del sistema de protección social que inducen al uso de la licencia para resolver problemas que no dicen relación con el sistema de licencias médicas. Esto ha sido detectado por los expertos que administran el sistema y es la utilización de la licencia para cubrir o evitar la pérdida involuntaria del trabajo (por ejemplo en faenas con marcada estacionalidad), para cubrir vacíos asociados a la tramitación de las pensiones de invalidez y a la carencia de incentivos para hacerlo y, por último, para cubrir patología laboral que no estaría bien cubierta en la actualidad.
- El fraude propiamente tal, que sin pretender dejar los casos anteriores libres de la idea de fraude, se refiere a los casos cuyo foco está en la oferta y demanda por licencias médicas que se transan abiertamente y sin consideración alguna a la necesidad de reposo médico. Este mercado, acotado a unos pocos profesionales que generan un daño económico importante, ha sido de público conocimiento y dio origen a una iniciativa legal que se discute en la actualidad en el Parlamento.

Los tres tipos de problemas descritos están atravesados por:

- Los incentivos que tienen o no tienen los empleadores frente al sistema de licencias médicas
- Un frondoso y complicado arreglo del aparato destinado a su administración (diversas leyes, normas, agencias, instancias de control y apelación, etc.) y

- Reglas del juego que introducen un significado de normalidad y aceptación social frente al comportamiento de los involucrados.

Un ejemplo de lo socialmente aceptado (reglas del juego) lo constituyen las licencias médicas por enfermedad grave del hijo menor de un año asociadas al diagnóstico de reflujo gastroesofágico severo, sin que exista ninguna evidencia epidemiológica que lo explique y siendo de todos conocido que se usan como excusa para prolongar la licencia post-natal que la madre dedica al cuidado de su hijo. Sin embargo, el problema no está resuelto.

3. Propuestas

Sobre la base de este diagnóstico, es posible plantear las siguientes soluciones:

- a) Es necesario modificar el modelo de gestión del sistema, buscando una solución que contribuya a la fe pública, que sea universal, que mejore sustantivamente la calidad de la fiscalización y que se oriente al logro de un mejor control, plazos de tramitación más breves, pagos oportunos e igualdad de trato a los trabajadores cotizantes, independientemente de su condición laboral y de su previsión.

El nuevo modelo de gestión del sistema de licencias médicas debería constituir en sí mismo una señal política vigorosa de que se trata de realizar una transformación profunda del “modo como se han venido haciendo las cosas” en esta materia.

En este punto se hace necesario enfatizar que lo que se busca es que el sistema, que en la práctica es un seguro que en la actualidad los propios cotizantes pagan en proporcionalidad, se aplique efectivamente para cubrir las necesidades de reposo por enfermedad y no otras necesidades sociales para lo cual no fue concebido.

Al mismo tiempo, las agencias que lo constituyan deberán contar con incentivos apropiados para producir los efectos buscados en forma sistemática y permanente. Del mismo modo, el modelo de financiamiento del sistema incorporará a los empleadores, para

conseguir interesarles en el buen funcionamiento general del mismo.

Para cumplir apropiadamente con lo señalado antes, hemos considerado necesario poner este seguro fuera del ámbito de los seguros de salud, tanto público como privados. El modelo que esta Comisión propone, se describe en forma detallada en el punto 4.

- b) Bajo un modelo en que el financiamiento del sistema deriva de aportes variables de trabajadores y empleadores, resulta esencial controlar el riesgo de abuso para evitar un sobre costo innecesario a la contratación laboral. Para ello, la protección que se desea brindar a los trabajadores debe considerar, en función del diagnóstico, tres tipos de asuntos de importancia.

Primero, debe reconsiderarse el actual diseño de los beneficios que incorporan el no pago de los tres primeros días, estableciendo una fórmula que permita desincentivar el mal uso del recurso licencia médica, sin afectar los beneficios que actualmente reciben los trabajadores al momento de enfermar, en particular los de los trabajadores de menores ingresos. El diseño que se materialice debería considerar equilibrios entre deducibles y copagos tales que permitan obtener este resultado.

Se propone, en consecuencia, reducir a dos días el deducible actual, pero aplicarlo a todas las licencias, convergiendo de este modo con el Código del Trabajo, que admite hasta dos días de ausencia injustificada al trabajo, sin consecuencias de pérdida del empleo para el trabajador. Este mecanismo se ajusta automáticamente a la gravedad de la enfermedad, por cuanto se hace relativamente menos importante a mayor extensión (gravedad) de la licencia.

Cabe señalar que esta propuesta favorece aproximadamente al 70% de las licencias médicas, las que son de menos de 10 días. Por otro lado, esta modificación no genera excedentes respecto de lo que actualmente se gasta en licencias médicas. El total del gasto sería el mismo, el que se distribuye en forma diferente.

En opinión mayoritaria de la Comisión, la reducción de la tasa de sustitución (copago), a niveles comparables a los que se observan en muchos países desarrollados, constituiría un buen incentivo a la

autorregulación y su impacto en el gasto podría ser importante por efecto conjunto de precio y cantidad (elasticidad). Pero de aplicarse una medida de este tipo, que se juzga por ahora poco viable, debería hacerse en forma diferenciada según renta de las personas y protegiendo determinados diagnósticos. Al respecto y en posición de minoría, el Dr. Pablo Rodríguez se manifiesta en contra de una idea como la señalada, en consideración a que no debería subordinarse el uso de la licencia médica como instrumento terapéutico –su propósito principal- a razones de índole económica.

Segundo, que junto a las medidas legislativas que puedan adoptarse para sancionar el fraude previsional que supone el uso malicioso de licencias médicas, los responsables de la administración, pago y control del nuevo sistema de licencias médicas tendrán la obligación legal, debidamente reglamentada, de iniciar las acciones civiles y penales que resulten.

Y tercero, como en el caso anterior, el nuevo sistema debe considerar la aplicación de sanciones también para los administradores que cometan abusos en el ejercicio de las facultades que le serán asignadas para ese propósito.

- c) Habida cuenta de lo anterior, una serie de otros aspectos deben ser tomados en consideración, como la necesidad de:
- Establecer estándares referenciales de duración y tipos de reposo médico para las patologías más frecuentes, que sea conocido y que sea utilizado por las contralorías como referencia para realizar sus funciones.
 - Establecer un sistema de control de licencias prolongadas en función de los plazos existentes, que permita hacer un puente más expedito entre el sistema de incapacidad laboral transitoria y el sistema de incapacidad laboral permanente o de pensiones de invalidez, del modo que sigue.
 - Cumplidas 26 semanas de reposo ininterrumpido (6 meses) la Comisión Médica de Apelaciones del SIL (que se describe mas adelante) deberá pronunciarse acerca del grado de incapacidad y de la recuperabilidad de la enfermedad. Si el curso de acción

derivado de lo anterior fuese hacia la obtención de una pensión, se deberá iniciar la tramitación de la misma en las instancias pertinentes (las Comisiones Médicas Regionales del sistema de calificación de invalidez y sobrevivencia dependiente de la Superintendencia de Pensiones), quienes determinarán si corresponde o no una pensión de invalidez. La tasa de sustitución de la licencia en este caso debería reducirse a un 70% a partir del momento en que se solicita la invalidez, convergiendo de esta manera la cobertura con la tasa de sustitución que tienen las pensiones de invalidez total. Se someterán también a este procedimiento las personas que acumulen en forma discontinua un 80% de días de licencia en 26 semanas, aunque existan interrupciones de las licencias por períodos laborados, independientemente de los diagnósticos.

- Si la resolución de la comisión médica fuera mantener el régimen de licencia médica mientras dure un tratamiento recomendado por la propia comisión médica (basado en los reportes de peritos médicos a requerimiento de ésta), la tasa de sustitución no debería modificarse.
- A la comisión le cabría reevaluar los casos que continúen con licencia a las 52 semanas procediendo del mismo modo que fue señalado anteriormente. Al cumplirse la semana número 78 se dará inicio automático al trámite de solicitud de una pensión de invalidez el que podrá ser aprobado o rechazado por la CMR de calificación de invalidez correspondiente.
- En los casos en que existiendo una incapacidad calificada como irrecuperable por la CMR o por la Comisión Médica Central, esta no sea suficientemente importante como para dar origen a una pensión de invalidez (menos del 50%), la persona podrá continuar con licencia médica pero con una tasa de sustitución ya reducida al 70%.

Por último, extender el uso de la licencia electrónica, salvaguardando y penalizando el mal uso de la información, previniendo la existencia de conflictos de interés entre los administradores del sistema de licencia electrónica y las propias compañías aseguradoras. El costo de la operación del sistema podría

recaer sobre los aseguradores, estimulando de este modo el uso del mismo por parte de los médicos.

4. Nueva Institucionalidad

El actual SIL se transforma conceptualmente en un Seguro de Incapacidad Laboral (SIL), único, nacional, que cubre la incapacidad temporal de generar ingresos producida por la enfermedad común de un trabajador. Este seguro cubre indistintamente a trabajadores dependientes, independientes que coticen regularmente, que sean afiliados a Isapres, o a Fonasa , o a quienes los sustituyan.

Este seguro debe cubrir el período que sea necesario para que el trabajador recupere la condición de salud que le permita volver a su trabajo, o iniciar el trámite de una pensión de invalidez en el caso que la enfermedad sea irrecuperable.

Las normas que rijan a este seguro único nacional deberán ser de aplicación universal y deben ser gestionadas bajo el mismo criterio para todos los trabajadores.

Se creará un sistema de evaluación de las licencias médicas (el instrumento que origina el reposo como parte de un tratamiento y que origina el beneficio del SIL), que actuará con independencia de todas las entidades que administren el seguro, de cualquier interesado y será regulado por el Estado. Este sistema deberá ser capaz de detectar los falsos positivos y falsos negativos que postulen al beneficio, generará en forma oportuna y suficiente toda la información que permita controlar un uso adecuado del SIL y también sancionar a los actores que han dado lugar u obtenido solicitudes fraudulentas.

Las licencias médicas generadas por enfermedades de origen laboral deberán ser derivadas por el sistema propuesto a las instituciones responsables según la ley 16.744 para que los trabajadores reciban el beneficio que contempla la ley.

El seguro se financiará por una cotización obligatoria del trabajador y del empleador, la que se expresará como porcentaje de la renta imponible del trabajador con el tope legal vigente, la cual será

gestionada en forma separada y por otras instituciones que las que corresponden a la cotización que el trabajador destina a salud.

El 50% de esta cotización será de cargo del empleador y un 50% sería de cargo del trabajador. En los independientes, el costo del seguro SIL será un 100% de cargo del trabajador y de carácter obligatorio.

Los pensionados por invalidez total y por vejez por edad (65 hombres y 60 mujeres) no tendrán derecho a este seguro aunque continúen trabajando y, por lo tanto, no cotizarán para este efecto, ni ellos ni sus empleadores.

El 50% de cargo del trabajador se restará de la cotización de salud actual del trabajador, determinado de acuerdo al porcentaje de la renta que el SIL representa actualmente, quedando la nueva cotización de salud al inicio, en torno a un monto aproximado y levemente superior al 6% de la remuneración con tope legal.

Las AFP y el Instituto de Previsión Social IPS recaudarán las cotizaciones previsionales destinadas por el trabajador y el empleador al pago del seguro SIL. Estas instituciones deberán hacer la recaudación y cobranza de las cotizaciones destinadas a financiar el SIL no pagadas y/o no declaradas y no pagadas, como asimismo las declaraciones realizadas y no pagadas de los empleadores, utilizando el mismo marco legal que protege el pago de las cotizaciones para pensiones y seguro de invalidez y sobrevivencia.

Los trabajadores y empleadores, deberán pagar en forma conjunta y obligatoria, como la ley dispone, las cotizaciones previsionales y las destinadas a financiar el SIL. La cobranza que efectúen las AFP y el IPS será por tanto una sola acción para todas las cotizaciones, generando mayor eficiencia en la recaudación de la cotización del SIL y generando ahorro de costos al sistema.

Las AFP y el IPS una vez efectuada la recaudación previsional re direccionarán, según establezca la ley y las Superintendencias respectivas, los montos para financiar este seguro a las instituciones que correspondan, encargadas de administrar el Seguro de Incapacidad Laboral único nacional.

El seguro sería administrado por entidades registradas en la Superintendencia de Salud para administrar y gestionar el riesgo del SIL, las que deberán cumplir con los requisitos que establezcan la ley y sus reglamentos.

Podrían ser administradores del SIL las actuales Isapres o quienes las sustituyan y las Compañías de Seguros del 2º Grupo (Vida).

La ley establecerá la cobertura del seguro, por lo que quienes lo gestionen deben dar cumplimiento estricto en la forma y en el fondo a lo que establezca la ley y asumir el riesgo correspondiente a un seguro de esta naturaleza.

La Superintendencia de Salud establecerá las normas que regulan el proceso de licitación del seguro, gestionando y ejecutando el referido proceso.

El seguro sería licitado anual o bianualmente por fracciones porcentuales de riesgos, introduciendo incentivos que permitan la máxima competencia en el momento de la licitación para lograr la mejor relación costo beneficio y, por otro lado, que impidan la conformación de monopolios u oligopolios (por ejemplo, al dividir a la población cubierta en fracciones de riesgo, deberían establecerse limitaciones respecto de cuantas fracciones se puede adjudicar cada administradora, reglamentando las relaciones entre coaseguradores, etc.). El seguro debiera ser adjudicado a las ofertas más bajas que se ofrezcan en un proceso público y transparente.

La cotización final a pagar por el SIL podría quedar determinada en base a métodos que optimicen el resultado. Sólo a modo de ejemplo:

- i) Un promedio ponderado de las ofertas de los ganadores. En este caso, cada entidad aseguradora recibiría la parte de la cotización según lo ofertado por ella.
- ii) El método del remate holandés, donde la cotización final queda determinada en base a la oferta del último oferente en entrar, el más caro de los asignados. Todas las entidades recibirían la misma cotización. Este método fomenta la competencia y que se hagan ofertas baratas.

Se deberá crear, por el conjunto de empresas que se adjudiquen el seguro, una entidad privada altamente profesionalizada, sin fines de lucro, que podría tomar la forma de una Corporación u otra forma jurídica similar, la que tendrá como función la evaluación y pago de las licencias médicas.

Los ingresos de esta entidad estarán relacionados directamente con su función. Asimismo, su administración y todos los costos que involucre la tramitación de licencias médicas deberán ser financiados a partir de de la cotización que los trabajadores y empleadores destinen al financiamiento del SIL y pagados por sus administradoras en la proporción que se adjudiquen el riesgo.

En la primera licitación, para no incrementar el precio del seguro en forma artificial y para reducir las barreras de entrada a las instituciones interesadas en participar en la licitación del riesgo del seguro, el Estado aportará recursos financieros para costear la inversión inicial, mediante un crédito estatal recuperable, pagado en cuotas anuales y en forma proporcional a las porciones del riesgo adjudicado por las entidades administradoras del seguro.

Esta Corporación, o entidad gestora del sistema de calificación de licencias médicas, deberá tener continuidad en el tiempo y ser dirigida por un consejo directivo compuesto por miembros elegidos por las administradoras del SIL, en función de las porciones de riesgo asignadas. El consejo directivo cambiará con ocasión de cada licitación. Este consejo directivo designará la administración de la Corporación.

La Corporación tendrá la responsabilidad de:

- i) Organizar una red electrónica y física de oficinas para recibir, procesar y pagar las licencias médicas, garantizando acceso equitativo a los trabajadores y de acuerdo a las normas que dicte la Superintendencia de Salud.
- ii) Desarrollar o administrar un sistema de emisión, de tramitación y de pago de licencias médicas de tipo electrónico con el objeto de optimizar la calidad y transparencia del proceso y la tramitación

oportuna de las Licencias Médicas para que éstas cumplan su objetivo.

- iii) Contar con médicos calificados que podrán aprobar, modificar o rechazar las licencias médicas, basándose en criterios médicos y en base a los protocolos que dicte la Comisión Técnica de Licencias Médicas y a la jurisprudencia de la Superintendencia de Salud.
- iv) Las resoluciones de la Corporación podrán ser reclamadas a la Comisión de Apelaciones de Licencias Médicas que cree la Superintendencia de Salud, por cualquiera de los actores involucrados en el proceso, según establezca la ley.
- v) Efectuar fiscalizaciones o auditorías para certificar cumplimiento del reposo, solicitar protocolos y antecedentes de fichas clínicas relativos a la enfermedad en cuestión, citar a pacientes o requerir de profesionales antecedentes que permitan evaluar una licencia médica.
- vi) Solicitar a las instancias que correspondan y frente a licencias médicas prolongadas que lo ameriten, que efectúen la calificación de invalidez del trabajador.
- vii) Administrar la recepción y pago de las licencias maternales y del hijo menor de un año, financiadas por cuenta del Estado y de acuerdo a la normativa que se le aplique en la legislación correspondiente.
- viii) Generar información en forma permanente, que permita evaluar la marcha del sistema y la calidad del proceso de emisión, tramitación, aprobación y reclamos. Esta información deberá ser entregada a los gestores del riesgo y a la Superintendencia de Salud quien dispondrá su publicación.
- ix) Denunciar a la Superintendencia de Salud o a la justicia las situaciones irregulares que detecte.
- x) La Corporación podrá subcontratar con terceros (Cajas de Compensación, AFP, Isapres, Bancos u otros) los servicios de

recepción y pago de licencias, pero en ningún caso la evaluación de las mismas, función esencial que deberá radicar en el ente único que ha sido creado para este propósito.

En posición de minoría, los Sres. Rafael Caviedes y Gonzalo Simón consideran que la recepción, evaluación y liquidación de los SIL deberían realizarla no una sino varias instituciones privadas, independientes de las aseguradoras, que podrían tomar la forma de corporación con o sin fines de lucro u otra forma jurídica similar. Estas tendrían como función única tanto la liquidación de los siniestros, como la tramitación, pagos, registros, control y evaluación de las licencias médicas. Deberían estar reguladas y acreditadas en la Superintendencia de Salud para desarrollar esta labor, para lo cual deberían cumplir los requisitos que la ley o ese organismo establezca. La Superintendencia podría establecer sanciones o eliminar de sus registros a una liquidadora que no cumpla la ley o los reglamentos en forma reiterada.

Los ingresos de estas instituciones estarían relacionados directamente con su función. Su administración y todos los costos que involucre la tramitación de licencias médicas deberían ser financiados por los gestores de riesgo del SIL.

Estas liquidadoras deberían ofrecer sus servicios a cualquier aseguradora que lo requiera y entregar un servicio expedito a los beneficiarios del sistema de salud. Para ello, deberían aplicar criterios técnicos en sus fallos y garantías de ecuanimidad tanto para el paciente como para la aseguradora, en sus liquidaciones.

5.- Regulación del SIL

Dado que el origen de este seguro está ligado a una enfermedad y se concretiza a través de una licencia médica, será la Superintendencia de Salud quien regule el nuevo sistema en sus diversos aspectos.

Lo anterior no debiera impedir, en los casos que corresponda, que sean además fiscalizadas por la Superintendencia de Valores y Seguros y la Superintendencia de Seguridad Social en las materias propias de su accionar regulatorio.

La Superintendencia de Salud dictará las circulares y reglamentos necesarios que permitan regular:

- i) Requisitos que se exigirán a las entidades que gestionarán el riesgo del SIL.
- ii) El proceso de licitación del SIL, garantizando la mayor transparencia posible para lograr los mejores precios.
- iii) A la Corporación, que administrará el SIL.

La Superintendencia de Salud creará dos comisiones especializadas y financiadas por el Estado, una para que desarrolle las funciones de recepción, análisis de reclamos y apelaciones, y otra, de carácter técnico, para normar y encauzar el proceso de emisión y calificación de licencias médicas, con el objeto de evitar discrecionalidad por cualquiera de los actores involucrados:

- i) La Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas
- ii) La Comisión Técnica Nacional de Normas de Calificación de Incapacidad Laboral producto de enfermedad común.

a.- Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas

La Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas tendrá agencias en cada región del país cuyo funcionamiento será normado a nivel nacional por la Superintendencia de Salud para homogenizar criterios y procesos. Estas actuarán a nivel de cada región para recibir y analizar los reclamos que hagan los afectados por algún dictamen de la Corporación que gestiona el SIL.

La Comisión Nacional será la última instancia de apelación de una licencia médica y sus fallos sentarán jurisprudencia.

La Comisión Nacional recibirá también denuncias fundadas y documentadas de parte de la Corporación y procederá a darles curso a través de la Superintendencia de Salud.

b.- Comisión Técnica Nacional de Normas de Calificación de Incapacidad Laboral.

Se crea una Comisión Técnica Nacional de Normas de Calificación de Incapacidad Laboral producto de enfermedad común, dependiente de la Superintendencia de Salud. Esta Comisión tendrá como función esencial dictar las normas y estándares de calificación de incapacidad laboral por enfermedad común, generando protocolos para algunas situaciones de enfermedad que se usen en forma referencial por la Corporación que administra el SIL sin que esto represente impedimento para que los profesionales médicos definan el tipo y extensión de una licencia médica, de acuerdo a criterios estrictamente profesionales y fundamentados.

Esta Comisión estará compuesta por destacados profesionales que durarán en sus cargos 4 años. Estos cargos serán seleccionados por el Sistema de Alta Dirección Pública.

6.- Relación del SIL con licencias por enfermedad laboral.

Es necesario resolver en forma eficiente el conflicto que se genera respecto de la calificación del origen de la enfermedad que implica una licencia médica (enfermedad común vs. laboral). Para este efecto se propone crear por ley una Comisión Médica Mixta de carácter público, nominada en forma paritaria por las Superintendencias de Seguridad Social y de Salud, la que tendrá como objetivo arbitrar como única instancia el conflicto y resolver sin ulterior recurso, cuál será la ley que debe cubrir al trabajador en función del origen de la enfermedad.

La Superintendencia de Salud deberá crear un observatorio que realice vigilancia epidemiológica sobre licencias médicas tanto por enfermedades comunes, como por enfermedades de origen laboral, con el propósito de medir el impacto económico y social de la carga de enfermedad expresada en incapacidad transitoria, proponer acciones preventivas tanto a las entidades encargadas de la salud laboral como de salud común y desarrollar, poner en marcha y actualizar en forma permanente un esquema moderno de calificación de patologías laborales y no laborales, basado en la estimación de los riesgos relativos de cualquier patología en el trabajo versus la misma fuera del trabajo. Este organismo, utilizando las bases de datos correspondientes a los

registros de licencias e información complementaria, generará información estadística anual respecto de la evolución de la incapacidad transitoria asociada a enfermedades laborales y no laborales, por regiones, actividad económica y otras variables de interés.

VI A.- FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA SALUD

PROPUESTA DE MAYORIA

Antecedentes.

El modelo de financiamiento del sistema de salud chileno contempla una cotización obligatoria del 7% de la renta imponible para financiar los gastos de salud y el subsidio por incapacidad laboral, que pagan todos los trabajadores afiliados a FONASA e ISAPRE y, además, un aporte fiscal presupuestario para financiar el sistema público de salud y subsidiar a los afiliados no cotizantes y cotizantes del FONASA. Existen también aportes voluntarios de los cotizantes de las Isapres y copagos en ambos sistemas.

La gestión del financiamiento la hacen FONASA e ISAPRES. El sistema FONASA solidariza por riesgo e ingresos, complementando en forma importante los planes de salud que ofrece con aporte fiscal proveniente de impuestos generales de la nación, el cual ha sido creciente en el tiempo. Las Isapres se organizan en base a seguros individuales con prima ajustada por riesgo, utilizando las variables de sexo y edad para ajustar. Lo anterior ha generado en el tiempo:

- a) Una segmentación de la población por ingreso y nivel de riesgo, concentrándose la población de mayor riesgo, menor ingreso y mayor tamaño grupo familiar en el sistema público.
- b) Un sistema público que al tener población cautiva tiene menos incentivos para mejorar su nivel de eficiencia y calidad de los servicios.
- c) Un sistema privado que por su modelo de fijación de precios genera cautividad dado el riesgo creciente de las personas.
- d) Un sistema privado que funciona principalmente en base a pago por prestaciones, con poco nivel de control de gastos y competencia limitada.
- e) Un sistema público donde el ejercicio de la libertad de las personas para escoger su administrador de financiamiento y su prestador de servicios está fuertemente limitada, limitación que afecta a los más pobres y a la población de mayor riesgo del referido sistema.

Las razones de fondo son la escasa movilidad de las personas y, por otro lado, el modelo de financiamiento del sistema público prestador en base a presupuestos y no a producción de servicios.

f) Por la estructura del sistema de financiamiento de las Isapres, las personas de mayor edad y riesgo asumen su mayor costo (tabla de factores de riesgo), lo que está generando un creciente rechazo social al modelo de fijación de precios, traducido en una creciente interposición de recursos ante el Tribunal Constitucional, los que suelen ser acogidos y han culminado recientemente con un dictamen general del Tribunal Constitucional sobre la constitucionalidad de parte del artículo 38 ter de la ley de Isapres que regula el modelo de fijación de precios, generando fuerte incertidumbre jurídica.

g) El costo de la salud en Chile y en el mundo es creciente y afecta a los países y a las personas. En el sistema público esto se ha resuelto por un fuerte incremento del aporte fiscal y en el sistema privado genera un aumento del costo de las primas. El mecanismo para reflejar este aumento de costos en las Isapres, es un ajuste anual del precio base de los planes, regulado por la autoridad fiscalizadora y la ley. No obstante lo anterior, hay una fuerte resistencia de las personas a este modelo de fijación de precios, las que han recurrido a los tribunales también por esta causa, lo cual ha implicado una creciente fijación de precios por la vía judicial.

Lo expuesto hace relevante plantearse la reformulación del modelo de financiamiento del sistema de salud chileno para alcanzar objetivos de mayor solidaridad, equidad y eficiencia en la gestión del financiamiento. Por otro lado, es necesario lograr un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles para atender las necesidades de atención de la población, en un contexto de graduales y crecientes grados de libertad de las personas, contemplando una estructura de incentivos y un modelo de financiamiento que den sustentabilidad financiera al sistema de salud en su conjunto, a la luz del envejecimiento de la población y el consiguiente cambio en el perfil epidemiológico.

Es importante señalar que el nivel y modelo de financiamiento del sistema público prestador de servicios de salud determina en gran medida cómo éste se estructura, organiza y funciona en la actualidad,

requiriendo de importantes perfeccionamientos para incrementar la satisfacción de la población y mejorar los resultados.

Sin embargo, también es relevante señalar que dada la forma en que funciona el sistema público prestador de servicios de salud actualmente, una reforma al modelo de financiamiento del sistema de salud no es suficiente para mejorarlo en su conjunto, ya que se requiere de otros importantes cambios para que se exprese todo el potencial del modelo de financiamiento propuesto.

En efecto, la experiencia internacional demuestra que no es posible garantizar el éxito de una reforma al sistema de financiamiento, sin que se efectúen transformaciones y modernizaciones profundas al sistema prestador que aborden la estructura y organización del mismo.

Esta propuesta elaborada por la Comisión de Salud responde al mandato del Presidente de la República en orden a diseñar un sistema de financiamiento del sistema de salud chileno.

La Propuesta.

1. Crear un Plan Universal de Seguridad Social en Salud.
 - a. Como eje ordenador del sistema de financiamiento propuesto se debe crear un Plan Universal de Seguridad Social en Salud, a través del cual el Estado cumplirá con la garantía constitucional de protección de la salud. El concepto del plan, no su contenido de detalle, debería quedar establecido en la Constitución con dos propósitos: el primero, ser más concretos respecto de la garantía constitucional actual y, el segundo, evitar a futuro interpretaciones que nuevamente abran espacio a la judicialización del sistema. Proponemos que esta incorporación sea lo suficientemente flexible para facilitar su adaptación a los cambios que sea necesario introducir en el futuro, a consecuencia de transformaciones en las necesidades de la población, innovaciones tecnológicas en el ámbito de la medicina y evidencia de costo-efectividad de las soluciones.

- b. Es igual para todos los chilenos, cotizantes y no cotizantes para salud (y debiera buscarse la forma de integrar en esta reforma a las FFAA).
- i). Tiene una nómina común de prestaciones y soluciones a problemas cubiertos: se incorporan los problemas GES (con garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y financiamiento) y los no GES que no tienen garantías explícitas, lo que permite sostener en el tiempo el concepto de priorización de problemas de salud en base a criterios técnicos. Incluye también las prestaciones de medicina preventiva y la cobertura de enfermedades catastróficas.
 - ii). Tiene aranceles para cada prestación o solución, a valores de mercado que cubran los costos reales de las prestaciones, es decir, tarifas equivalentes a prestadores privados de bajo costo.
- c. Las personas pueden elegir entre dos modalidades de atención:
- i). La red de consultorios y hospitales públicos, incluyendo servicios que se contraten directamente con privados para incrementar la oferta a sus beneficiarios. En este caso, el plan es administrado por el Estado a través de FONASA.
 - ii). Clínicas y centros de atención ambulatoria e instalaciones del sistema privado y, al igual que en el caso anterior, incluyendo servicios que se contraten directamente con la red pública para incrementar la oferta a los beneficiarios. En este caso el plan es provisto por las Empresas de la Seguridad Social en Salud (ESSS)
- d. El plan tiene dos niveles de coberturas:
- i) Gratuita, sin copagos:
 - Pueden acceder las personas indigentes, sin cotizaciones, o con cotizaciones bajas y con rentas inferiores a un mínimo que fije la autoridad.
 - Las personas deben inscribirse en FONASA y las prestaciones del plan se otorgan en la red pública.
 - En este caso hay garantía de oportunidad de atención para las prestaciones GES y para el resto en función de la capacidad financiera del sector público y oferta disponible.
 - Podrían atenderse voluntariamente en prestadores privados con copagos.

- Se establecerán los mecanismos que permitan garantizar en forma creciente y gradual en el tiempo la movilidad de esta población, dentro del sistema.

ii). Con copagos:

- Puede acceder cualquier persona, pero es obligatorio para aquellas personas con rentas superiores al mínimo que fije la autoridad, quienes deben cotizar en forma obligatoria al menos por ese mínimo y por cualquier otra renta hasta completar el tope imponible.
- Deben elegir una Entidad de la Seguridad Social en Salud ESSS que puede ser pública o privada.
- Si eligen la ESSS pública pueden acceder a los hospitales públicos bajo la modalidad de libre elección y pagando el copago correspondiente.
- Los adscritos a ESSS privadas se atenderán en establecimientos preferentemente privados. En base a convenios que éstas suscriban con establecimientos o redes públicas, se atenderán bajo la modalidad de libre elección con copago.
- Debe existir una cobertura catastrófica, para cuando los copagos que deba pagar la persona superen un cierto monto definido.
- Debe tener copagos diferentes si se atienden con prestadores preferentes o con prestadores de libre elección.
- Para ciertas prestaciones de nivel primario, principalmente de promoción y prevención podrían establecerse copagos igual a cero en un prestador preferente.

2. Financiamiento del Plan Universal.

a. Se define una prima per cápita sanitaria universal PPCSU.

- i) Inicialmente su valor será determinado a partir del presupuesto fiscal que incluye cotizaciones y aporte fiscal, al cual se descuentan los valores destinados a bienes públicos y al financiamiento de las Instituciones y organismos del estado dedicadas al ámbito de políticas públicas, salud pública y regulación. Asimismo debe restarse el ingreso y gasto por concepto del Subsidio por Incapacidad Laboral. El monto que resulte se deberá

dividir por el número actual de beneficiarios del sector público. Se estima en forma preliminar que éste debiera ascender a una cifra alrededor de 1 UF mensual.

ii) El valor promedio del Plan Universal deberá ser igual a la prima per cápita sanitaria.

- b. Se crea un Fondo Compensatorio por Riesgo que se financia con:
- i) Una cotización de salud obligatoria, la cual ha sido estimada en alrededor de un 6%, cotización actual menos 50% de la cotización promedio destinada hoy a financiar el SIL. Esta cotización está exenta del impuesto a la renta e IVA.
 - ii) Consideramos que el aporte del total de la cotización de salud al Fondo Compensatorio por riesgo, en muchos casos puede significar una solidarización por ingresos de la cotización; ello sólo tiene sentido en la medida que tenga como propósito ayudar a personas de mayor riesgo y/o menos ingresos, siempre y cuando las personas tengan el derecho a disponer de su prima per cápita sanitaria, para que ésta sea gestionada por alguna de las diferentes ESSS que existan disponibles. En caso contrario estimamos que el sistema de salud chileno debiera financiarse sólo con impuestos generales lo que lo hace más progresivo y eficiente. No obstante lo anterior, entendemos que esta es una reforma más profunda al sistema de salud chileno que no creemos posible en este momento de su evolución.
 - iii) Aporte del Estado por el total de la prima per cápita sanitaria universal por beneficiario correspondiente a los indigentes que no cotizan.
 - iv) Aporte del Estado por la diferencia entre la prima per cápita sanitaria universal promedio por persona multiplicada por el número de beneficiarios del grupo familiar menos la cotización de salud del punto i) anterior aportada por dicho grupo.
 - v) El fondo compensa por los riesgos de género y edad y por ingreso hasta la renta imponible, incorporando a futuro otras variables de riesgo que técnicamente tengan sustento.
 - vi) Se entiende que quienes tienen ingresos superiores al tope imponible pagan impuestos crecientes a la renta y

también financian por esta vía al fondo (impuestos generales).

- c. Funcionamiento del Fondo Compensatorio por riesgo:
 - i) Todos los cotizantes pagan sólo su cotización obligatoria de salud de un 6% de la renta imponible al FONASA o a las ESSS pública o privadas, quienes las recaudan y las aportan al Fondo Compensatorio.
 - ii) El Estado aporta al fondo los montos señalados en la letra b) anterior punto iii) y iv).
 - iii) Al interior del fondo se produce una compensación de riesgos en base a las variables definidas por el fondo, para lo cual se utilizan tablas de factores de riesgo diseñadas técnicamente, sin distorsiones, de forma tal que cada beneficiario reciba del fondo una prima ajustada por riesgo. El Fondo paga al FONASA o ESSS una prima ajustada por riesgo por cada beneficiario o cotizante para que éstos puedan financiar el Plan Universal de Salud en el FONASA o ESSS. La prima ajustada por riesgo es igual para todos los beneficiarios del mismo género y edad.
 - iv) La prima promedio del Fondo Compensatorio por riesgo debe ser equivalente a la prima per cápita sanitaria. El fondo se reparte completamente por la prima ajustada por riesgo, no puede ser deficitario ni tener excedentes.
 - v) Se debe considerar un sistema de compensación de riesgos ex post, que permita la completa movilidad de la personas con enfermedades crónicas o preexistentes entre ESSS pública y privadas y que cubra riesgos catastróficos.
- d. La prima per cápita sanitaria deberá ser revisada por un panel de expertos, respecto de su capacidad para financiar el Plan Universal de Seguridad Social en Salud definido, quienes recomendarán al Gobierno su aumento cuando sea necesario. El Gobierno decide en base a su capacidad financiera debiendo, a lo menos, reajustarse en la inflación de los gastos de salud del país.
- e. El mismo panel de expertos fija la tabla de factores para determinar la prima ajustada por riesgo de cada beneficiario para la compensación que se produzca al interior del fondo.

f. El estado directamente y asesorado por el mismo comité de expertos debería disponer que se efectúen estudios de costo efectividad de tecnologías nuevas y regular para el sistema público la incorporación de estas tecnologías en base a diversos criterios técnicos, que incorporen la de costo efectividad. Los resultados de las evaluaciones deben ser públicos para orientar a todos los actores del sistema.

3. Creación de un Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud

a) Se crea un nuevo régimen de Seguridad Social en Salud compuesto por entidades públicas y privadas. Estas deben adherir a los principios de la seguridad social que son a lo menos:

i) Universalidad.

ii) Libre movilidad de las personas

iii) No hay selección al ingreso, ni preexistencias, ni carencias, ni exclusiones siempre que las personas provengan de otra ESSS. Se deberá evaluar y diseñar sistemas que impidan comportamientos oportunistas de personas que provienen del FONASA o del plan con gratuidad en caso de enfermedades pre definidas.

iv) Otorgar coberturas vitalicias sin que puedan caducar sus contratos.

b) Las entidades públicas o privadas que quieran captar la cotización obligatoria para salud y aportes públicos para financiar el plan Universal de Salud deberán constituirse como Entidades de la Seguridad Social en Salud pública o privadas.

c) FONASA que hoy es un seguro público en salud mantendrá su actual institucionalidad para administrar el plan sin copago que se atiende en la red pública y podrá conformar una Entidad Pública de la Seguridad Social en Salud para los afiliados que tengan la modalidad con copago siendo la continuadora del FONASA libre elección.

d) La ESSS Pública deberá abocarse exclusivamente a otorgar el Plan Universal de la Seguridad Social en Salud con copago

e) Respecto de la amplitud del giro de las ESSS privadas se plantean dos alternativas

i) Que sean de giro exclusivo para abocarse al otorgamiento del Plan Universal de la Seguridad Social en Salud, financiado con la prima ajustada por riesgo del Fondo de Compensación de Riesgos y en consecuencia no puedan comercializar coberturas adicionales.

ii) Dejar la opción para que voluntariamente las ESSS decidan si son de giro exclusivo para abocarse al otorgamiento del Plan Universal de la Seguridad Social en Salud o alternatively pueden comercializar también coberturas adicionales financiadas en forma voluntaria por las personas.

f) Las Isapres y otras entidades privadas también deberán constituirse como Entidades Privadas de la Seguridad Social en Salud para actuar en este sistema.

g) Todas las ESSS deben otorgar el Plan Universal de Salud financiado por la prima ajustada por riesgo que reciban de sus afiliados a través del Fondo Compensatorio. Compiten por la calidad de sus servicios y por la red de prestadores convenidos.

h) Las ESSS privadas podrán cobrar al contratante por el Plan Universal Garantizado una prima adicional a la que le entregue el Fondo Compensatorio, pero deberá ser igual para todos los beneficiarios de la ESSS (sin diferencia por género y edad) y estarán obligadas a recibir a los afiliados de otras ESSS sin carencias ni preexistencias.

i) Son reguladas por la Superintendencia de Salud.

4. Seguros Adicionales Voluntarios:

a. Las personas podrían contratar Seguros Adicionales Voluntarios por montos extras a la cotización de salud.

- b. Constituyen un contrato separado respecto del Plan Universal de Salud, sin perjuicio que su prima pueda ser recaudada y cobrada conjuntamente con la cotización obligatoria de salud.
- c. Las primas están afectas al impuesto del IVA. Sin embargo, este se aplicaría al real valor agregado del seguro, teniendo las aseguradoras un crédito equivalente al 19% de las prestaciones que financien, independiente si pagan directamente la prestación, la reembolsan o si por ellas se factura o se emite boleta de honorarios.
- d. Podrán contratarse en forma individual o colectiva.
- e. Podrían ser considerados legalmente un seguro de salud y aplicárseles las normas de los seguros contenidas en el Código de Comercio.
- f. Podrían ser comercializados por Compañías de Seguros o ESSS privadas, con normas comunes dictadas conjuntamente por las Superintendencias que correspondan.

5. Cobro y reajuste de las cotizaciones de Salud.

- a. Toda persona natural con ingresos debe pagar cotizaciones de salud. No es aceptable que unos, los dependientes, paguen cotizaciones de salud y otros con similares ingresos, no lo hagan y gocen de los beneficios de la salud pública. Se debe legislar en el sentido de:
 - i) Adelantar la aplicación de la legislación que obliga el pago de las cotizaciones de salud por parte de los independientes.
 - ii) Incluir no sólo rentas provenientes del trabajo sino que también las provenientes de un capital hasta el tope imponible.
 - iii) Transformar en un impuesto de beneficio del fondo compensatorio las cotizaciones no pagadas por los independientes, exigiendo su pago y no sólo descontándolo de la devolución de impuesto.
 - iv) Establecer presunciones de rentas a determinados independientes que explotan taxis, camiones, buses, comercios, empresas, etc., y a todos los que se les pueda suponer un ingreso hasta el tope imponible.

v) Quienes, por tener más de un trabajo, sobrepasen el monto del 6% del tope imponible, podrán disponer del excedente.

6. La Transición

Es importante establecer una gradualidad en las reformas al financiamiento y al aparato público prestador cuidando que ambos procesos sean compatibles y articulados en la orientación y en el tiempo.

La principal variable que regula la velocidad de la transición son los límites de renta que se fijen para permitir la movilidad de la población lo que permite graduar dicha movilidad, definir el marco financiero de la transición y la velocidad de los cambios en el sistema público.

Se debería utilizar a plenitud el marco jurídico actual que incluye las reformas del 2005, el cual permite realizar un conjunto de cambios que son funcionales a la reforma financiera y de prestadores propuesta.

Esta comisión quiere hacer énfasis respecto de que la reforma al financiamiento y la reforma al sistema público prestador es un todo, que no es recomendable aplicarlas en forma independiente o, lo que es peor, elegir abordar una sola de ellas.

Más aún, la reforma financiera planteada, tiene como requisito fundamental abordar la transformación y modernización del aparato público prestador de servicios de salud para asegurar que estos cambios en el financiamiento tengan los efectos esperados.

Los principales desafíos técnicos de la transición:

- i) Mantener los equilibrios fiscales y asegurar el financiamiento del sistema público prestador.
- ii) Evitar migraciones aceleradas de población que desestabilicen tanto al FONASA como a las ESSS privadas.
- iii) Transformar el actual sistema público prestador de servicios de salud en entidades modernas y con modelos de organización y gestión que permitan cumplir con los objetivos que se les exigen (ver documento de modernización del sistema público de salud).

- iv) Implementar en forma articulada las reformas al financiamiento y a la prestación de servicios de salud para generar un círculo virtuoso de transformaciones.
- v) Que las Isapre u otras entidades o empresas se transformen en Entidades de la Seguridad Social en Salud.
- vi) El desarrollo tecnológico necesario para que opere el Fondo de Compensación de Riesgos.

VI B.- FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

PROPUESTA DE MINORÍA

(Srs. Rodrigo Castro, Rafael Caviedes, Juan Hepp, Juan Pablo Illanes y Gonzalo Simón).

1. Antecedentes.

El sistema de salud de Chile, tanto por su funcionamiento como por su magnitud, es extremadamente complejo: son cientos de hospitales públicos y privados; miles de centros ambulatorios públicos, municipales y privados; aseguradores privados regulados, aseguradores privados con baja regulación y aseguradores públicos; alrededor de doscientos mil trabajadores de la salud que se desempeñan dentro del sistema; alrededor de diez mil millones de dólares en recursos financieros utilizados anualmente, distribuidos como pago por las atenciones de acuerdo a varios mecanismos diferentes de traspasos.

Tan intrincada organización, sin embargo, produce resultados generales de salud que se estiman adecuados para el nivel de desarrollo del país. Con frecuencia se escucha decir que el país exhibe con orgullo indicadores sanitarios que corresponden a países de alto desarrollo.

El sistema se rige por una multiplicidad de leyes, normas y organismos contralores y fiscalizadores, que en parte guían su funcionamiento. Es especialmente destacable el mecanismo de financiamiento del sector salud.

El sistema público opera mayoritariamente por medio de instituciones dependientes de las municipalidades – la atención primaria – financiada con aportes proporcionales a su población adscrita (per-

cápita) más fondos adicionales proporcionados por cada municipio, cuando eso es posible y, además, mediante una red de hospitales y centros ambulatorios de especialidades de baja, mediana y alta complejidad, que funciona como servicio público, con las normas que les corresponden, incluyendo los presupuestos históricos y elevados subsidios fiscales. Esto último resulta en una administración de baja autonomía y baja adaptabilidad a los cambios.

Por otra parte, existe una opción privada, las Isapres y los prestadores privados, que operan con el financiamiento proveniente de las cotizaciones que aportan los afiliados, de acuerdo al gasto esperado que registra cada grupo etario.

Como consecuencia de lo anterior, los dos subsistemas registran problemas muy diferentes. El sector público presenta un problema importante de calidad en la atención – servicio y oportunidad – como contrapartida a su oferta universal, puesto que cualquier persona puede ser beneficiaria. El sector privado, en cambio, presenta como problema principal el precio de las coberturas, como contrapartida a un elevado nivel de calidad en la atención, lo que ha provocado una excesiva judicialización de los reclamos, pues es el mecanismo que han empleado los usuarios para mantenerse con el beneficio privado.

En consecuencia, se propone avanzar hacia un sistema de salud que busque una convergencia gradual de ambos sectores, otorgando en su vertiente pública una mejor calidad de servicio y en su opción privada, mecanismos que apoyen un financiamiento más adecuado. Sin embargo, este avance debe efectuarse con la prudencia necesaria para evitar daños a la atención de la población tanto del sector público como del privado.

2. La propuesta

Conforme con lo indicado, se estima que inicialmente es posible establecer la aplicación de un plan nacional de seguro obligatorio de salud para toda la población, garantizando a todos los individuos una misma cobertura. Asimismo, la forma de cálculo de los aportes fiscales a la salud debiera seguir un modelo de aporte per cápita, en lugar de la forma actual que sigue los presupuestos históricos, según necesidades declaradas de los establecimientos públicos.

Establecidos estos dos elementos, los subsidios que entrega el fisco para la atención de salud de las personas de menores recursos, pueden determinarse nominativamente de modo que cada grupo familiar reciba un monto de acuerdo a sus necesidades.

Además, se estima que todas las personas debieran idealmente tener la posibilidad de elegir tanto la entidad que los asegure, como al prestador de su confianza. Para ello, los subsidios recibidos deberían ser nominados al trabajador que los necesite, y que éste pueda decidir sobre su uso en la entidad de seguridad social en salud que él elija. De este modo se estaría logrando que la libertad constitucional de elegir el sistema de salud, que actualmente sólo es una declaración para una parte importante de los chilenos, se convierta en una posibilidad real.

Algunos miembros de la Comisión estiman que los objetivos anteriores deberían alcanzarse por medio de un modelo que privilegie la solidaridad mediante aportes estatales ajustados por nivel de ingreso y riesgo de cada persona y no mediante las cotizaciones para salud. En efecto, la necesaria solidaridad que debe existir en el sistema de salud para corregir las diferencias de ingresos entre diversos grupos de población, posibilitando así a todos el acceso a un Plan de Seguro de Salud, se considera que por ahora debe efectuarse con fondos cuyo mecanismo asegure la progresividad del aporte por ingreso (impuestos generales) y no por medio de redistribuciones de cotizaciones que puedan resultar en efectos regresivos. Al modificar la forma de entrega del aporte fiscal “presupuestario” actual, a una “cotización estatal solidaria per cápita” para financiar el plan de seguro de salud obligatorio se ordena de mejor forma el gasto y se hace posible dar mayor libertad de elección a los individuos, como lo contempla la Constitución, generando competencia entre los sistemas y, en consecuencia, aumentos de eficiencia y calidad.

En términos simples, una cotización solidaria cubriría la diferencia, entre el valor actuarial ajustado por riesgo del Plan de Seguro de Salud Obligatorio para un determinado grupo familiar y lo que cotizan los miembros que trabajan de esa familia.

El nuevo mecanismo de financiamiento podrá estructurarse de la siguiente forma:

- a.** El Ministerio de Salud define el Plan de Seguro de Salud Obligatorio, PSSO, con los beneficios y coberturas ya descritos, que se aplicarán como estándar de referencia mínimo para todos los chilenos. Los beneficios y coberturas del PSSO se podrían revisar periódicamente, posiblemente cada tres años.
- b.** Definido el plan, se puede determinar el valor base actuarial para la población, tarea que recaería en el Ministerio de Salud, que lo definiría mediante un estudio técnico de una entidad independiente, anualmente y cada vez que se modificare el PSSO. Este costo sería el precio para el sector público o el 6 por ciento, como se explica más abajo.
- c.** El costo calculado por el Ministerio de Salud, está determinado para cada grupo de riesgo según corresponda¹.
- d.** Para financiar el PSSO se emplearán los fondos provenientes de las siguientes fuentes:
 - i. Cotización legal del 6% de la renta imponible del trabajador o el valor del plan obligatorio para el grupo familiar, lo que sea menor.
 - ii. Cotización solidaria, que constituiría un subsidio que se aplicaría en los casos en que el 6% del trabajador no alcance a cubrir el precio del PSSO ajustado por riesgo de su grupo familiar. Correspondería a la diferencia entre ambas cifras y naturalmente sería mayor para quienes tengan sueldos más bajos, grupos familiares más grandes o riesgos más altos. De esta forma, la solidaridad por ingresos se hace mediante aportes del Estado que provienen de impuestos, los que han sido diseñados en forma progresiva.
 - iii. Los trabajadores independientes, rentistas y otros también tendrían que cotizar para su seguro de salud según sus ingresos reales o presuntos. No sólo las rentas del trabajo deberían tomarse en consideración al calcular la cotización de salud o la necesidad de una cotización estatal solidaria.

¹ Los ajustes actuariales por riesgo, para efecto de la aplicación del precio del PSSO, pueden efectuarse agrupando la población en segmentos amplios y naturales, como por ejemplo, menores de edad y tercera edad, la que se puede definir como los mayores de 65 años. Respecto de los adultos, se deberían estudiar técnicamente las curvas de riesgo con el propósito de disminuir a un mínimo los grupos y los cambios de precios por riesgo.

- e. En aquellos casos que el 6% de los ingresos de una persona sea superior al precio que le corresponda pagar por el PSSO para él y su familia, podría destinar ese excedente a otros gastos en salud. En particular podrían estudiarse los siguientes:
- i. Cuentas de ahorro para la salud. Como la situación tenderá a ocurrir en personas jóvenes de bajo riesgo y bajo costo, sería interesante ofrecerles la posibilidad de que abran una cuenta de ahorro específica para hacer frente a las mayores tasas que podrían enfrentar en el futuro, sea porque tengan una familia numerosa o simplemente por la mayor edad.
 - ii. Incorporación de otros miembros del grupo familiar. La ley debería contemplar la contratación voluntaria de planes asociados entre miembros de un mismo grupo familiar y definir con qué grado de parentesco, por consanguinidad o afinidad, se puede participar en un mismo contrato. Así por ejemplo, el cotizante voluntariamente podría contratar un plan asociado a sus padres o a sus hijos.
 - iii. Seguros adicionales de salud. Como el PSSO será el estándar exigible, siempre será posible que una persona se vea enfrentada a gastos no contemplados en el plan. Para estos seguros complementarios, dado que podrían ser financiados en parte con el excedente del 6% -cotización legal obligatoria-, se establecerá una tabla de riesgos y una tasa referencial de variación de precios base, de acuerdo a lo indicado por una comisión especial independiente, creada para estos efectos, que revisará los costos correspondientes sistemáticamente.
 - iv. Seguros para cambio de estado de salud que permitan enfrentar primas más altas en el caso de contraer enfermedades crónicas. Con ello se facilitarían eventuales traslados de un asegurador

a otro, mejorando la competencia entre aseguradores.

f. El cotizante podrá contratar el PSSO para su grupo familiar con el asegurador público o con alguna entidad privada de seguridad social en salud. Para ello podrá contar con la cotización solidaria sujeto a algunas condiciones, en especial durante el período de transición. Si la cotización obligatoria y la cotización solidaria no le alcanzaren para cubrir el precio cobrado por la Isapre, podrá destina cotizaciones voluntarias a ese efecto.

3.- Transición

Junto a la implantación del nuevo sistema, esto es, un plan de seguro de salud definido, con los precios correspondientes y una asignación nominal de los subsidios per cápita, debería necesariamente avanzarse en el cambio del modelo de gestión de la red de salud de hospitales y establecimientos públicos, como se analiza en el próximo capítulo, acción imprescindible y base de cualquier reforma, si se desea avanzar hacia un mejor sistema de salud para el país. El Fonasa actúa como la entidad pública de seguridad social en salud, es decir como un seguro público en salud, y las Isapres o entidades privadas de seguridad social en salud, deben actuar con la misión de entregar las coberturas del Plan de Seguro de Salud Obligatorio, como mínimo, pudiendo entregar beneficios adicionales.

Las entidades privadas y la pública podrán recibir las cotizaciones y la cotización solidaria sólo para cubrir el PSSO, pero inicialmente la cotización estatal solidaria sólo se podrá utilizar en el ente público. El cambio real respecto de la situación actual comienza cuando el Estado permite que una proporción de la cotización solidaria se pueda destinar a comprar el plan en cualquier entidad. Si en una primera etapa se permite utilizar sólo una parte del subsidio, definida como un monto fijo, equivalente, por ejemplo, a un tercio del subsidio que reciben las personas que están en el sistema público actualmente, cada persona que se retira del asegurador público con el apoyo de la cotización solidaria libera recursos para quienes permanecen en el sistema público. Alternativamente, el Estado podría permitir que la persona elija una entidad privada empleando para ello una proporción de la

cotización solidaria que recibe su familia. Si esta proporción fuera de un tercio, la familia financiaría el resto con su 6% y con cotizaciones voluntarias, en una suerte de financiamiento compartido del seguro, y liberaría los otros dos tercios para quienes permanezcan en el sistema estatal.

Los recursos liberados podrían destinarse a mejorar infraestructura, a nuevas inversiones o a financiar muchos de los cambios del modelo de gestión de los establecimientos públicos que pueden significar gastos por una vez, tales como bonos compensatorios al personal que renuncie a la rígida normativa laboral especial vigente.

De esta forma, el sistema nacional de salud podría ir desarrollándose en etapas que permitan adecuar los procedimientos, la institucionalidad y los mecanismos de financiamiento y subsidios, sin poner en peligro el sistema público o privado ni los equilibrios financieros sectoriales. Por cierto, con esta fórmula que deja entregada a la autoridad la facultad de evaluar y avanzar gradualmente, tampoco se ponen en riesgo las finanzas públicas, factor que no puede subestimarse por cuanto han sido muchas las reformas de salud que han fracasado en otros países por sus implicancias fiscales.

La transición permite ir aplicando los subsidios en forma creciente para que progresivamente aumente la libertad de elección de las personas. Al mismo tiempo, se pueden ir realizando las modernizaciones necesarias en las redes y hospitales públicos que les permitan gradualmente volverse más atractivos para captar beneficiarios o convenios con aseguradores privados. Ello significa un sistema de subsidios aplicado paulatinamente y una movilidad público/privado regulada para impedir tanto una demanda explosiva en el sistema privado, por deficiencias del sistema público, como los problemas financieros que podrían derivarse de esto en el sector público. Tampoco se producirían grandes movimientos bruscos en la dirección contraria, recargando los ya saturados hospitales públicos, como podría ocurrir si se aplicaran precios inapropiados con el único fin de aplanar las tablas de factores. La portabilidad del subsidio se podría alcanzar una vez que los hospitales hayan alcanzado un alto grado de autonomía y competitividad y que los riesgos de las poblaciones que hoy se atienden en los dos sistemas se hayan equilibrado. Sólo una vez en régimen, es decir cuando se entregue el 100% del monto de subsidio estatal que le

corresponde a cada grupo familiar, ajustado por riesgo, y se modifique el modelo de gestión y financiamiento de establecimientos públicos de salud, la movilidad entre personas adscritas al sistema público o privado, podría ser total y sin restricciones por preexistencias.

VII.- FORTALECIMIENTO Y MODERNIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

1. Antecedentes

La experiencia mundial indica que no es posible realizar con éxito una transformación de fondo de los sistemas de financiamiento de la salud en los países, si no se considera en paralelo una reforma del sistema de provisión de servicios y de los mecanismos a través de los cuales los recursos financieros se asignan a este último. Por esta razón, la respuesta al encargo que ha sido realizado a esta Comisión incluye recomendaciones en el ámbito de la provisión de servicios y de los mecanismos de transferencia de recursos financieros a la producción de los mismos.

Las recomendaciones que se realizan representan una continuidad de lo ya obrado por la reforma del sector de la salud aprobada entre los años 2003 y 2005 y suponen la materialización de componentes que a la fecha se encuentran pendientes, situación que será representada específicamente en este informe cuando corresponda.

La tradición e historia del sistema de salud chileno se basa en un sistema mixto de salud, tanto en el aseguramiento como en la provisión de servicios.

Dentro del sistema de seguridad social de aplicación general (excluye las soluciones de las fuerzas armadas y de orden) la población beneficiaria de FONASA representa el 82% y la de ISAPRES el 18%. Según el Ministerio de Salud, el 70% de las camas son del sector público y un 15% son de clínicas privadas (el otro 15% corresponden a camas institucionales, centros de geriatría, clínicas psiquiátricas y otras). La población de FONASA se atiende en un 45% en prestadores privados, principalmente en modalidad libre elección y en un 55% en prestadores públicos. Por su parte, cuando las cifras se miran desde las clínicas privadas, según presentación realizada a la Comisión por Clínicas de Chile A.G., el 44% de las prestaciones son otorgadas a beneficiarios de FONASA y un 56% a beneficiarios de las ISAPRES. Gran parte de los médicos ejercen en el sector privado, destinándose

para ello un 65% de las horas disponibles en el país (Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile, Clínicas de Chile A.G., Abril 2010).

La red asistencial del sector público de salud, con su modelo implícito de gestión de la demanda, constituye un mecanismo de control del costo técnico del sistema de salud en su conjunto. El debilitamiento del sector público de salud en la prestación pueden tener un efecto inflacionario indeseado en el gasto fiscal en salud, dado por la necesidad de financiar los costos fijos del sistema público en forma paralela a la compra creciente de prestaciones a prestadores privados.

La red asistencial pública, es:

- Una alternativa para cotizantes adscritos a FONASA frente a problemas de mediana y alta complejidad, que privilegian las soluciones técnicamente efectivas de menor costo por sobre el resto de las condiciones de atención y es la única opción para la población de no cotizantes o indigentes.
- La única opción para muchas personas en determinadas situaciones geográficas, donde no existen alternativas privadas disponibles, cualquiera sea su adscripción previsional en salud.

En el contexto de la red asistencial, son los hospitales los que captan la proporción más importante de los recursos del sector (y del aporte fiscal) y, a la vez, el lugar donde se presentan algunas características y problemas como los que se describen en el recuadro N°1, a continuación.

Recuadro 1: Problemas en el funcionamiento de los Hospitales Públicos:

Dirección y gobierno corporativo: Las condiciones exigidas por el sistema de alta dirección pública para los cargos directivos de hospitales y servicios de salud han resultado ser incumplibles, por lo que un alto porcentaje de los concursos son declarados desiertos. Esto

genera cargos vacantes, alta rotación directiva y que no siempre los mejores asuman estos cargos. Finalmente el referido sistema no ha terminado con el cuoteo político. Las recientes modificaciones legales, si bien están en la línea correcta, son absolutamente insuficientes para resolver el problema de no contar con los mejores gestores para dirigir organizaciones de gran tamaño, con su nivel de inversión, complejidad y diversidad de recursos humanos. En relación al gobierno corporativo, a diferencia de las empresas públicas, los hospitales públicos que suelen ser la empresa de servicios de mayor tamaño o que proporciona más empleo en muchas ciudades de Chile, no tienen un sistema de gobierno corporativo que permita asegurar que se cumplan los objetivos sanitarios, sociales y económicos de estas instituciones.

Formulación y ejecución presupuestaria inconsistente con la producción de servicios: La lógica del presupuesto público no acompaña a la lógica que hemos pretendido instalar para financiar la actividad hospitalaria de la red (precios de transferencia, prestaciones valoradas, etc.). Nada funciona cuando el presupuesto crece en forma independiente del volumen de beneficiarios, lo que produce en muchas oportunidades déficit presupuestarios que se expresan en deuda hospitalaria y en menores incentivos para mejorar los niveles de calidad y producción. Lo anterior produce una frecuente confusión entre los hospitales que trabajan en forma ineficiente y aquellos que deben obligatoriamente dejar de producir o alternativamente endeudarse como producto de la política de financiamiento de los hospitales. Por su parte, las principales razones que explican el incremento del costo en salud tienen que ver con la gestión de la producción (eficiencia) y el desarrollo tecnológico sin considerar evaluaciones previas de costo efectividad. Por otro lado, influye también la gestión de la demanda (costo-efectividad de las soluciones a los problemas) con modelos de atención que no contemplan incentivos para resolver los problemas en el espacio en que se genera la mayor costo efectividad (diseño de estrategias de prevención, evitando la generación de la enfermedad o el manejo racional de los pacientes que han perdido la salud). Finalmente, el crecimiento de la población también influye de manera importante en el crecimiento de los costos.

Listas de espera: no sólo es reflejo de un déficit de oferta en relación a la demanda que se genera. También se ha visto acrecentada a partir

de la reciente reforma de salud y del régimen de garantías explícitas. Hay una clara incapacidad de modular la demanda, que excede a los hospitales y que compromete al denominado gestor de red, cuya gestión anticipativa se echa de menos. Y, por cierto, también lo será de la incapacidad del seguro público (FONASA) de financiar esos servicios cuando la gestión hospitalaria es eficiente y la gestión de la red, costo-efectiva.

Deuda hospitalaria vencida con proveedores: esta es una válvula de escape disponible con la industria proveedora de insumos, fármacos y servicios, hasta que se alcanzan elevados montos de deuda vencida. Una pregunta que siempre vuelve, más allá de la sospecha de ineficiencia, es ¿cuánto de la deuda es estructural, por la forma en que se define el presupuesto sectorial-hospitalario y por los precios de transferencia por debajo de costos estándar? La deuda parece asociarse también al incremento del número de beneficiarios del sistema, quienes demandan mayor atención.

Déficit de especialistas (y superávit de algunos): No hay una política de formación de especialistas que dé cuenta de las necesidades de la población, lo que genera déficit en una gran cantidad de especialidades y excesos en otras, principalmente las vinculadas con la natalidad. Por otro lado, existe una mala distribución nacional de especialistas que permiten altas concentraciones en grandes ciudades, a costa del déficit en el resto del país. Una variable que influye en el déficit de especialistas está relacionada con el bajo nivel relativo de remuneraciones respecto del sector privado. Otra variable importante es que la renta médica asociada a la producción de determinados servicios médicos electivos (consultas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cirugías) es plana en los hospitales públicos (sin incentivos ni asignaciones para los especialistas requeridos en la práctica, y sin distinciones para la escasez relativa de los mismos, sólo se aplica la asignación de zona). La presencia de los especialistas en los hospitales públicos se explica mejor por razones de formación.

Actividad concentrada en las mañanas (subutilización de infraestructura y equipos en las tardes, en especial los pabellones): el costo de oportunidad de los especialistas crece en las tardes, al punto de hacerse mayor que la suma de la renta más el beneficio de la formación. Todos los demás recursos hospitalarios en

las tardes son relativamente excedentarios para los niveles de producción posibles sin médicos. Hay inflexibilidad en la aplicación de los modelos de contratación de horas semanales, lo que impide un uso racional del recurso profesional.

Servicios de urgencia sobre demandados: este es un efecto colateral de lo comentado en materia de listas de espera, producto de lo cual una buena parte de la demanda de estos servicios no corresponde a problemas urgentes. Lo anterior se ve agravado por la falta de capacidad de resolución de la atención primaria, por lo que la población utiliza la urgencia como segunda puerta de entrada al sistema. También se han detectado carencias de cargos de 28 horas en diversos servicios de urgencia. Por otro lado, el modelo de gestión de camas por los hospitales adyacentes, genera déficit en la urgencia, que son originados por los déficit de los hospitales. Los incentivos juegan un rol importante también en la sobredemanda de los servicios de urgencia. En efecto, en el caso del sector privado, el uso de los servicios de urgencia está moderado por el pago, pues los planes de salud previsionales obligan a copagos altos en este tipo de atención. En el caso del sector público el servicio es gratuito. También lo es para trabajadores adscritos al seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de empresas pequeñas y de bajas remuneraciones adscritas al ISL.

Déficit de inversiones: hay estudios que estiman entre 6 y 7 mil millones de dólares el déficit de inversión. Basta con observar lo ocurrido en los últimos años comparando el sector público con el sector privado para entender la magnitud del problema. Entre los años 2002 y 2008 el índice de inversiones, calculado como porcentaje destinado a inversiones sobre el gasto operacional total anual, fluctúa entre un 5 y un 10% en el sector público (8 y 14% si se restan las remuneraciones de los médicos diurnos) y entre un 47 y un 58% en el caso de las clínicas pertenecientes a las Clínicas de Chile A.G., de las cuales entre 39 y 43 puntos porcentuales corresponden sólo a depreciación. Es decir, mientras un sector crece y se actualiza, el otro se descapitaliza.

2. Recomendaciones:

Por razones que surgen del diagnóstico realizado y de las transformaciones al financiamiento de la seguridad social en salud que será necesario realizar, los siguientes desafíos deberían ser asumidos:

- Incentivos y financiamiento para la promoción y prevención en todo el sistema de salud, pero en especial para la población que se atiende en el sector público. La gestión en red ofrece un espacio para la modulación de la demanda y para la anticipación efectiva en la aparición de los daños en todos los niveles de resolución. La implementación de programas preventivos y de diagnóstico precoz que sean efectivos, encuentran en la red pública y en su tradición sanitaria, todos los elementos básicos para la debida actualización de esas estrategias.
- En el caso de la atención primaria es crítico sostener coberturas apropiadas de los programas, hacer diagnóstico precoz y mantener compensados a los pacientes crónicos, para evitar complicaciones. Sin embargo, la carga de morbilidad en atención primaria es un serio competidor de estas estrategias preventivas que caracterizan al modelo de salud familiar. Esto hace evidentes los problemas de equidad, recursos y capacidad de gestión y resolución que presentan importantes diferencias entre municipios, y ponen en tela de juicio la municipalización de los consultorios y postas. Subyacen a estas brechas la pobreza (o riqueza) de la comuna y el tamaño de la misma. Surgen de lo anterior los siguientes planteamientos: i) precisar la capacidad resolutive de este nivel, ii) profundizar el modelo de salud familiar, iii) en función de lo anterior, reestudiar el financiamiento per-cápita, tanto en su modalidad como en su cuantía, para recoger mejor las necesidades de la población inscrita, iv) reconsiderar el marco institucional de la atención primaria, esto es, su dependencia municipal y, v) mejorar la vinculación de la atención primaria en red con los hospitales para que sea complementaria y no dependiente.
- Por otra parte, se requiere un mayor financiamiento para reponer y mejorar la infraestructura asistencial hospitalaria y

en APS, con el fin de cumplir con los nuevos estándares de calidad exigidos, tanto para la autorización sanitaria como para la acreditación institucional, así como para aumentar la resolutiveidad en determinados componentes de la red asistencial pública. El monto de inversión estimado es de tal magnitud que su ejecución es muy difícil y representa un volumen de recursos de alto impacto presupuestario, cualquiera sea la modalidad de ejecución, aporte fiscal directo o concesiones. Requiere, en consecuencia, de un gran acuerdo político nacional de inversiones para los próximos diez años al menos y una fuerte convicción en torno a un plan de fortalecimiento y modernización, como el que aquí se describe. Esto último implica una conexión estrecha con lo que se señala en el punto siguiente, acerca de cambios en el modelo de gestión.

Cuadro 13

Inversión SNSS vs. Clínicas de Chile AG (2003-2007) En miles de \$ de diciembre 2008 y como porcentaje del gasto operacional				
Año	SNSS (3)	% gasto operacional	Clínicas	% gasto operacional
2003 (1)	63.086.282	4,9%	123.257.592	46,7%
2004	57.025.293	4,1%	151.815.241	51,6%
2005	87.856.212	6,1%	161.504.163	50,4%
2006 (2)	141.737.317	8,9%	209.165.879	57,9%
2007 (2)	173.360.700	10,5%	212.153.086	51,0%
TOTAL	523.065.805	7,0%	857.895.961	51,6%

Fuente: Fondo Nacional de Salud, Anuarios Clínicas de Chile AG, Gobiernos Regionales

(1) Hay inconsistencia entre el devengado del Sector y el Devengado del SNSS en la Inversión Sectorial de Asignación Regional

(2) Se usó la inversión devengada del sector y no la del SNSS, que no está disponible por ahora

(3) Corresponde al devengado SNSS, salvo años 2006 y 2007 e incluye inversión Regional. Se deducen los montos correspondientes a Inversión

- Es necesario vincular en forma clara las necesidades de inversión con las necesidades de mejoramiento de la gestión, de lo contrario el esfuerzo que se realice para normalizar la

oferta de servicios en cuanto a infraestructura y equipos arriesgaría no reflejarse en mejoras para la atención de la población beneficiaria. Los nuevos hospitales en construcción, o aquellos que tendrán reparaciones mayores, ofrecen una oportunidad para introducir nuevos modelos de gestión. En este mismo sentido, recurrir a las concesiones como solución estrictamente inmobiliaria o financiera resulta absolutamente insuficiente si no lleva consigo un importante mejoramiento de la gestión. El marco legal actual permite este modelo.

Por consiguiente, es necesario realizar definiciones que permitan desarrollar un programa de inversiones que sea a su vez transformador del modelo de atención. Es necesario desarrollar infraestructura socio-sanitaria de baja complejidad, que permita reservar las camas hospitalarias para pacientes agudos y, al mismo tiempo, incrementar la proporción actual de camas de mayor complejidad.

Se deben incentivar las inversiones publico-privadas, especialmente en lugares donde ambos sectores por sí solos no puedan disponer de dicha oferta.

- En lo inmediato, los hospitales públicos necesitan desarrollar con eficacia un modelo de gestión clínica y financiera que les permita cumplir con el desafío de certificarse como establecimientos públicos autogestionados, que proporcionan servicios de calidad. Es indispensable completar el camino hacia la autogestión y hacia la acreditación de los hospitales, lo que implica desarrollar elementos como los siguientes: i) herramientas de gestión estratégica con su respectivo control de gestión, ii) un sistema de mejoramiento continuo de la calidad de todos los procesos (clínicos, de apoyo y logísticos), iii) políticas e instrumentos que estimulen el talento de los equipos clínicos para mejorar conjuntamente calidad y productividad, iv) sistemas de costos y herramientas que permitan ajustes por complejidad y eficiencia, con el fin de mejorar el financiamiento y, v) tecnologías que simplifiquen la burocracia y mejoren la integración de los registros clínicos para la atención en red. Para cumplir con lo anterior,

necesariamente se debe aumentar la autonomía y flexibilidad de la administración.

- Los modelos de concesiones hospitalarias valiosos para el desarrollo del modelo de gestión serían, hacia el futuro: i) los que incluyeran la concesión de toda la gestión y, ii) los que permitieran concesionar la totalidad de la red asistencial, incluyendo APS, en modalidad tipo Concesiones Sanitarias. Las Concesiones Sanitarias implican conceptualmente la compra por parte del Estado de soluciones en salud estructuradas y organizadas en los tres niveles de complejidad (baja, media y alta), mediante un pago per-cápita para que el concesionario atienda a una población adherida a una red de servicios, pero con garantías y control estatal de los mismos. El Estado, a través de un consejo especial, controla y garantiza la oportunidad, la calidad de los servicios médicos, la universalidad, la equidad y la gratuidad del sistema cuando corresponda. Se plantea así, un modelo integral que contempla estímulos y sanciones para el concesionario, de complementariedad pública-privada, en el que sin perder la propiedad ni el control estatal, se permite la inversión y la gestión privada, como una forma de garantizar la sostenibilidad del sistema.

Entonces, para incorporar nuevos modelos de gestión vía concesiones, se requiere poner en marcha al menos dos modelos piloto en evaluación paralela: uno con delantales blancos incluidos y otro con APS, es decir, con la perspectiva de toda la red asistencial.

Sin embargo, el Presidente del Colegio Médico de Chile, Dr. Pablo Rodríguez, hace la prevención de que la organización que dirige ha respaldado un modelo de concesiones que sólo incluye la infraestructura y los servicios logísticos y que, por consiguiente, no puede suscribir propuestas que incluyan nuevos modelos de gestión que no han sido tratados en el seno de su organización.

- Es necesario considerar la transformación progresiva del gestor de la red asistencial (los Servicios de Salud) en entidades que

cumplan con lo que se expresa en el recuadro 2, para facilitar el desarrollo y la gestión de la red (la opción costo-efectiva de la provisión). En ese contexto, permitir la consolidación de los hospitales autogestionados con garantía de calidad, el modelo de salud familiar en el nivel primario y el desarrollo de los niveles de resolución intermedios, que en la práctica han terminado siempre siendo absorbidos por los intereses del hospital (Centros Diagnóstico-Terapéuticos y Centros de Referencia de Salud). Esto implica hacer uso del instrumental hoy disponible para ampliar y diversificar la red asistencial y el modelo de gestión, como son las propias concesiones y mecanismos de delegación como el DFL 36, por ejemplo.

Un elemento central de la transformación propuesta en el punto anterior dice relación con el desarrollo de mecanismos de gobierno para los Servicios de Salud y los Hospitales Autogestionados. Ellos debieran consistir en sistemas de dirección colegiados o gobiernos corporativos, a través de directorios o consejos directivos donde los intereses del “dueño” (la comunidad o la sociedad) estén apropiadamente representados. Se requiere que cuenten con poderes y autonomía, que pueda nombrar a los directores de los hospitales y consultorios, evaluar su trabajo, decidir su continuidad, fijar las políticas en el nivel comunitario o la forma de aplicar políticas generales del ministerio.

- Es necesario definir políticas de formación de especialistas, tarea que debe recaer en el Ministerio de Salud y no en los servicios y hospitales, a quienes no les corresponde regular el mercado del trabajo. En el número 3 de este capítulo se profundiza en el tema.
- Se requiere implementar un nuevo trato laboral con los médicos, otros profesionales y funcionarios de la salud pública, incluyendo a la APS, que por un lado superen la actual inamovilidad (planta) o precariedad (contrata y honorarios) del empleo público, pero por otro recompensen adecuadamente la excelencia, la productividad y las jornadas laborales extendidas que permitan acompañar los nuevos modelos de gestión de los hospitales públicos. En la transición

es posible considerar el retorno a los beneficios previos para quienes estimen que, después de un plazo determinado, el nuevo trato laboral no les resulte favorable. En el caso de los médicos, existe una especial preocupación por los médicos que laboran en jornadas diurnas, que corresponde precisamente al núcleo donde los especialistas se hacen escasos.

- Finalmente, se requiere modificar los métodos de transferencia de recursos a los hospitales, de modo tal que se haga crecientemente importante un financiamiento asociado a la prestación de servicios o a los resultados, versus el mecanismo predominante en la actualidad, que está asociado al pago de los factores de producción sin relación con los resultados. Lo anterior es independiente de un eventual mecanismo de transferencia de recursos per cápita que pudieran hacerse a la red asistencial. Un elemento central es que estos mecanismos debieran ser consistentes con un modelo de presupuesto formulado sobre esa misma lógica.

Estamos frente al enorme desafío de transformar radicalmente nuestro sistema público prestador en beneficio de los chilenos, el que de todos modos enfrentará una gran presión por aumentar sustancialmente su financiamiento fiscal, por los cambios epidemiológicos y demográficos de su población beneficiaria, necesidad de aumentar los recursos de promoción y prevención y por las inversiones, para recuperar la infraestructura hospitalaria y APS, con el compromiso de todos los funcionarios y profesionales.

Creemos posible concordar esta trascendental transformación del sistema público prestador, comprometiendo como contrapartida una voluntad política de Estado de aumentar el gasto fiscal en salud con un riguroso y transparente sistema de metas evaluables en el acompañamiento de dicha transformación.

Recuadro N°2: Marco jurídico-administrativo de la red asistencial en la actualidad y marco deseado		
Dimensión	Situación actual	Situación deseada
Dirección Superior	Unipersonal (Director)	Colegiada (Directorio, Consejo de

		Administración)
Nombramiento del Ejecutivo Superior	Sistema de Alta Dirección Pública (parcialmente) y Ministerio de Salud	Responsabilidad del cuerpo colegiado superior
Control del Ejecutivo Superior	Ministerio de Salud (en la práctica) y Servicio Civil	Responsabilidad del cuerpo colegiado superior
Profesión requerida del Ejecutivo Superior	Médico Cirujano (en la práctica, pero ya hay varios I. Comerciales)	Cualquiera de acuerdo a su capacidad y currículum
Régimen de Derecho	Público, sólo se puede hacer lo que está expresamente permitido	Privado, se puede hacer todo lo que no está expresamente prohibido
Contabilidad	Presupuestaria	Patrimonial, auditada
Régimen de Control	Contraloría General de la República	Contraloría interna más Auditoría Externa
Régimen Laboral	Estatuto Administrativo más Estatuto del Médico Funcionario (modificado)	Código del Trabajo
Régimen Sindical	Asociaciones de funcionarios, de hecho	Permitido
Dotación de Personal	Planta + Contrata, Fijada por Ley	Libre
Remuneraciones	Fijadas por Ley	Libres
Régimen de Desvinculación	Muy baja movilidad en Planta y máxima precariedad en modalidad a Contrata	El prescrito en el Código del Trabajo

El Dr. Pablo Rodríguez, Presidente del Colegio Médico, hace la prevención de que cualquier cambio fundamental en los modelos de gestión del sistema público y hospitalario como los propuestos, sólo son posibles de considerar después de que se abra un debate dentro del cuerpo médico, para que éstos los evalúen, formulen su opinión y se considere adecuadamente sus puntos de vista para que las reformas del sistema público sean viable.

3. Formación de especialistas

Antecedentes

Es necesario definir políticas de formación de especialistas, tarea que debe recaer en el Ministerio de Salud y no en los servicios y hospitales, a quienes no les corresponde regular el mercado del trabajo. El Ministerio de Salud debiera financiar la formación de un mayor número de especialistas, con el compromiso de desempeñarse en los lugares deficitarios del país, incorporando en esta tarea a las universidades públicas y privadas.

De los aproximadamente 23 mil médicos activos del país, 11.500 están registrados como especialistas en la Corporación Nacional de Certificación de Especialidades Médicas, CONACEM. La mitad de ellos provienen de una formación universitaria en 70 especialidades diferentes, el resto por sistemas de formación en práctica acreditada por CONACEM. Un 60% de los especialistas trabaja exclusivamente en el sector privado. Un estudio reciente del Banco Mundial encargado por el MINSAL, ha estimado que en el sistema público de salud faltan 1600 especialistas en jornadas de 44 horas, especialmente anestesiólogos, traumatólogos, internistas y psiquiatras. El año 2009 se dispuso de 557 cupos para formar especialistas y el año 2010 aumentaron a 656, para 1.100 egresados de la carrera de medicina. La principal falencia del sistema es la necesidad de autofinanciamiento por parte de los estudiantes, a pesar que estos profesionales efectúan labores asistenciales significativas en cuanto a productividad.

La atención primaria de salud (APS) requiere, a su vez, de mayor capacidad de resolución diagnóstica con imágenes y laboratorio, en manos de un número suficiente de especialistas, fundamentalmente usando como base del equipo a los médicos de familia. El programa de especialización alternando en 6 años la atención primaria y la especialización en el hospital, constituye una experiencia que se aprecia promisorio por su efecto positivo durante el desempeño en la APS.

Para llevar a cabo una adecuada reforma del sistema de salud en el país, es necesario contar con el recurso profesional especializado en

todos los centros de atención en que sean necesarios, ya que su deficiencia no permite otorgar la prestación requerida.

La necesidad de formación de especialistas demanda un esfuerzo especial de las facultades de medicina, integrando los campos clínicos disponibles en el país tanto en el sector universitario, público, privado, mutuales y fuerzas armadas.

Recomendaciones:

- i) Los centros y los programas de formación deben estar acreditados y dotados de las condiciones necesarias para la especialización (especialistas, equipos y tecnología). El MINSAL debiera definir una política de uso de campo clínico con una mirada de país y de libre acceso para todos los centros formadores de especialistas acreditados.
- ii) Que se definan incentivos para las especialidades en falencia.
- iii) Los cupos de formación deben estar regulados por el Ministerio de Salud según requerimientos nacionales.
- iv) Los médicos en formación deben contar, al menos transitoriamente, hasta resolver las brechas actuales de especialistas o de cupos de especialización universitaria, con alternativas de financiamiento públicas que cubran los costos de la formación y dedicación exclusiva, con el compromiso de destinación posterior por un período equivalente al de la formación.
- v) Que se disponga de la dotación de equipamiento y tecnología en los centros de destinación que permita el ejercicio pleno de la especialidad.
- vi) Los especialistas deben contar con incentivos económicos atractivos, flexibilidad laboral para realizar docencia, investigación y ejercicio privado, además de opciones para perfeccionamiento continuo.

VIII.- MEDICINA PREVENTIVA Y ACCIONES DE SALUD PÚBLICA

A.- Medicina preventiva:

1.- Situación actual:

El objetivo de la prevención primaria es evitar la ocurrencia de la enfermedad, reduciendo la exposición a factores de riesgo, modificando conductas o a través de la inmunización. La prevención secundaria, en cambio, identifica individuos asintomáticos en una etapa temprana de la enfermedad, en la cual se asegure una respuesta significativamente mejor que el tratamiento aplicado cuando la persona esté sintomática. Por lo general los programas de Medicina Preventiva (MP) deben competir por los siempre escasos recursos económicos para salud con las actividades orientadas a la recuperación de la salud, siendo estos últimos los que resultan privilegiados.

Actualmente se ejecutan en el país diversos programas orientados a la prevención de enfermedades como “Vida Sana” orientado a los jóvenes, “Chile Crece Contigo” que se inicia con el embarazo y se prolonga hasta los 4 años de vida del hijo, “Programa de Alimentación Saludable y Actividad Física” (PASAF) con un piloto orientado a población infantil y otro a mujeres embarazadas con sobrepeso, etc. El Examen de Medicina Preventivo (EMP), es un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbilidad o sufrimiento, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, tanto para quien la padece como para su familia y la sociedad, y está respaldado por la Guía Clínica “Examen de Medicina Preventiva” publicada por el MINSAL 2008.

El artículo 138 del DFL 1 año 2005 señala que: “los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones: a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbilidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias. Para su inclusión en el examen de medicina preventiva sólo

deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores público y privado. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.

En la actualidad la recomendación ministerial de EMP incluye una serie de prestaciones de salud de acuerdo a grupos de población objetivo, edad y sexo, en que la evidencia demuestra que el tamizaje es beneficioso, eficiente y costo efectivo, definidos en la Resolución Exenta 1.236 del 31 Diciembre 2009 del Ministerio de Salud. En el Decreto N° 1 del 6 de Enero 2010 del MINSAL en el Título II se definen las metas de cobertura para el EMP, los contenidos y periodicidad por población objetivo, entregándole a la Superintendencia de Salud el requerimiento de fiscalización y cumplimiento de las metas.

El EMP actual se orienta a los siguientes grupos:

Población objetivo	Problema de salud	Prueba de tamizaje
Embarazadas	Diabetes mellitus gestacional Infección por VIH Sífilis Infección urinaria Sobrepeso y obesidad Hipertensión arterial Beber problema Tabaquismo	Glicemia en ayunas. Test de ELISA. VDRL. Urocultivo. Medición de peso y talla. Medición de presión arterial. Cuestionario autodiagnóstico riesgo uso de alcohol (AUDIT). Aplicación instrumento 5 "Aes".
Recién nacidos	Fenilketonuria Hipotiroidismo congénito Displasia del desarrollo de caderas	Fenilalanina. TSH. Maniobra de Ortolani o Barlow.
Lactante 3 meses	Displasia del desarrollo de caderas	Radiografía o ultrasonografía de caderas
Entre 2 y 5 años	Sobrepeso y obesidad Ambliopía, estrabismo y defectos en la agudeza visual Malos hábitos bucales	Medición de peso y talla Aplicación cartilla LEA
15 y mas años	Beber problema Tabaquismo Sobrepeso y obesidad Hipertensión arterial Diabetes mellitus	Cuestionario autodiagnóstico riesgo uso de alcohol AUDIT Cuestionario 5 "As" Medición de peso y talla y circunferencia de cintura Medición presión arterial Glicemia en ayunas

15 y mas años	Beber problema	Cuestionario autodiagnóstico
	Tabaquismo	riesgo uso de alcohol AUDIT
	Sobrepeso y obesidad	Cuestionario 5 "As"
	Hipertensión arterial	Medición de peso y talla y
	Diabetes mellitus	circunferencia de cintura
		Medición presión arterial
		Glicemia en ayunas

En consideración a la baja cobertura que logra el EMP, en la Guía Clínica correspondiente se recomienda que este examen sea aplicado en cada control de salud o entrevista médica. Los programas que logran mayor cobertura son los relacionados con el control de embarazo y los lactantes menores, y con menor frecuencia en pre escolares. En el control periódico ginecológico se logra una cobertura parcial de detección de cáncer cervicouterino (66%, para un objetivo de 80%). Actualmente el EMP en adultos alcanzaría solo al 5% de la población objetivo y se ha planteado alcanzar una meta de cobertura de 25% para el próximo año.

Los afiliados al sistema de Isapres pueden acceder al EMP el cual es cubierto por el respectivo plan de salud y en la red de prestadores de la Isapre, permitiendo hacer los exámenes requeridos y controles por enfermera.

2.- Contenidos de un GES examen preventivo para adultos:

En consideración al limitado uso del EMP en adultos, es planteable estructurar un "GES examen preventivo para adultos", con el objetivo que se optimice su utilización amparado en las garantías GES de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Este GES debe apoyarse en una guía clínica que defina a quienes y en qué oportunidad acceden al EMP, plazo para su realización, que exámenes deben realizarse, frecuencia e intervalos de control, como se interpretan los resultados y la conducta a seguir cuando esté alterado. Su aplicabilidad podrá estar limitada por disponibilidad de financiamiento en consideración a su costo.

Es necesario capacitar a enfermeras que se dediquen exclusivamente al EMP, localizadas en la atención primaria y que permita complementar el trabajo del médico de atención primaria. Deberá analizarse la factibilidad de hacer obligatorio el EMP cubierto por esta GES en

ciertas situaciones, como al ingresar a un trabajo estable, generar incentivos a las personas que se lo realicen (beneficios adicionales en sus planes de salud) y medir los resultados sanitarios que se obtengan.

La “GES examen preventivo para adultos” debiera considerar los siguientes aspectos:

- Autoevaluación de antecedentes en base a una encuesta y control con una Enfermera entrenada en medicina preventiva o Médico de atención primaria. La detección de exámenes fuera de rango o hallazgos anormales por parte de la Enfermera, consideran una recomendación o la derivación al médico o programa correspondiente.

- Presión Arterial:

A partir de los 18 años cada 2 años. En personas con pre hipertensión (<140/<90), obesidad asociada, familiares directos hipertensos o historia personal de hipertensión, los controles deben ser más frecuentes

- Peso y estatura:

Debe medirse periódicamente calculando el índice de masa corporal (IMC) para evaluar peso saludable y la relación entre la circunferencia del abdomen y la circunferencia de las caderas. Dos de cada tres adultos chilenos tiene sobrepeso.

- Hemograma y Perfil bioquímico:

Detecta posible anemia e informa sobre eventuales causas.

La glicemia de ayuno permite el diagnóstico de diabetes mellitus o de estados prediabéticos. Es razonable medir glicemia cada 3 años a partir de los 45 años, por el aumento de la incidencia. Los límites de edad pueden variar en personas con obesidad, historia de familiar directo con diabetes o historia personal de diabetes gestacional.

La función renal puede ser tamizada a través del nitrógeno ureico.

Las alteraciones de las pruebas hepáticas, que se traducen en alzas de transaminasas, son frecuentes de encontrar en el hígado graso, y que a su vez acompaña a muchas personas con sobrepeso u obesidad.

- **Lípidos en sangre:**

Se recomienda el control de colesterol total (incluido en el perfil bioquímico) a intervalos de 5 años para hombres entre 35 y 65 años y en mujeres entre 45 y 65 años. La recomendación puede variar para aquellas personas con antecedentes familiares de hipercolesterolemia, enfermedad cardiovascular prematura en familiares de primer grado, diabetes, tabaquismo e hipertensión.

- **Cáncer de próstata:**

En Chile mueren 1.200 hombres anualmente por esta enfermedad. Hay evidencias que el Antígeno Prostático Específico (PSA) ayuda a detectar el cáncer prostático en etapas más tempranas, debiendo iniciar su control a partir de los 50 años. En caso de antecedentes familiares de cáncer prostático debe iniciarse el control a los 40 años. La relación costo efectividad de este examen a nivel de salud pública puede ser discutible. El tacto rectal asociado al examen de PSA aumenta la sensibilidad en la detección del cáncer de próstata. La inclusión de la determinación del PSA en el EMP podría fomentar la motivación para que los varones realicen el EMP.

- **Cáncer de Mama:**

El cáncer de mama en Chile es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, con una tasa de mortalidad de 13,8 x 100 mil mujeres. Se recomienda hacer una Mamografía periódica a partir de los 40 años, siendo especialmente efectiva entre los 50 y 59 años.

- **Cáncer del cuello uterino:**

Es la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer con una tasa de mortalidad de 8 por 100 mil mujeres. Examen ginecológico y PAP anual a partir de los 25 años o al inicio de la vida sexual, con

periodicidad de 3 años y hasta los 65 años, en mujeres con examen preventivo regular, con los últimos 2 PAP normales y sin alteraciones en los nueve años anteriores.

- **Cáncer de vesícula biliar:**

Chile es el país con más alta incidencia de cáncer de vesícula, especialmente en mujeres, en quienes se constituye como la primera causa de muerte por cáncer. Este cáncer se asocia a la existencia de cálculos vesiculares. En el país se diagnostican aproximadamente 2.000 pacientes nuevos al año con cáncer vesicular y se estima que existen 2 millones de portadores de colelitiasis. La recomendación de usar la ecografía abdominal como tamizaje para detectar colelitiasis es una medida costo efectiva discutible de salud pública. Su rendimiento aumenta en mujeres entre 40 y 60 años y en hombres sobre 50 años. La colecistectomía en portadores de colelitiasis permite eliminar el riesgo de cáncer vesicular y debe triplicarse en el país, para lograr reducir esta enfermedad.

3.- Costos del “GES examen preventivo para adultos”:

Los valores de los exámenes en el Arancel FONASA nivel 1 son:

03-01-045 Hemograma \$ 2.030.-

03-02-075 Perfil Bioquímico automat. 12 parámetros \$ 5.700.-

03-05-070 Antígeno prostático específico \$ 6.250.-

04-01-010 Mamografía bilateral \$ 14.670.-

08-01-001 Papanicolau \$ 4.280.-

04-04-003 Ecotomografía abdominal \$ 17.270.-

Para un control de EMP básico en un hombre de 50 años el monto en exámenes ascendería a \$ 30.620.- y para una mujer de 50 años \$ 43.320.-, al que debe agregarse el costo de una entrevista con la Enfermera de MP o Médico de atención primaria, y la toma del PAP por parte de la Enfermera – Matrona.

El costo de efectuar el EMP a 100.000 personas al año, utilizando estos aranceles, asciende a \$3.700 millones. Actualmente parte de este costo ya se aplica en el programa de control de cáncer mamario (mamografía) y cérvico uterino (PAP). Es posible plantear una

ecotomografía selectiva hepato biliar a un menor costo, que haga factible su aplicación en esta GES (Crear código FONASA).

B.- Acciones y campañas de Salud Pública

Los nuevos desafíos terapéuticos y los cambios epidemiológicos de hábitos y de conductas sociales que están impactando en la salud de los chilenos, obligan a considerar los siguientes temas como prioritarios en cuanto a definiciones de programas y políticas de salud pública, asignando específicamente los recursos para cumplir con los objetivos sanitarios definidos.

- **Tabaquismo**

Conocido es la relación entre el hábito de fumar y la mayor incidencia de enfermedades. En especial los fumadores tienen un mayor riesgo de sufrir un evento cardíaco mortal, 10 veces más frecuencia de cáncer pulmonar, mayor riesgo de cáncer de boca, laringe, esófago, páncreas, riñón, vejiga y cuello. Tienen más predisposición a una úlcera péptica, enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y viven en promedio 10 años menos que los no fumadores.

El consumo de tabaco en Chile es uno de los más altos de la Región, con una prevalencia actual de tabaquismo de 42% (48% en hombres y 37% en mujeres), con una tendencia al aumento del consumo en la población, en especial entre las mujeres y que su inicio se presenta a edades cada vez más precoces.

Campañas públicas señalando los efectos nocivos del hábito de fumar y la consejería individual en el fumador detectado, son las medidas más eficientes para controlar esta situación.

- **Sobrepeso y obesidad**

Al igual que en el resto del mundo, la obesidad ha desplazado a la desnutrición como problema de salud pública. En Chile el 65 % de la población adulta tiene un índice de masa corporal (IMC) sobre 25, lo que determina la existencia de sobrepeso. El 44% de los chilenos mayores de 45 años son portadores del síndrome

metabólico (hipertensión arterial, dislipidemia e hiperglicemia). La obesidad se asocia con una mayor tasa de enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, artrosis, dislipidemia, algunos cánceres y aumento de la mortalidad.

Se señala que las intervenciones más efectivas son aquellas que combinan educación nutricional y consejería en actividad física, con estrategias para lograr ser físicamente más activos y cambiar sus hábitos de alimentación.

- **Beber problema:**

Beber problema es un patrón de conducta de ingestión de bebidas alcohólicas, con consecuencias deletéreas para la salud física y mental de la persona, que también afecta a terceros que se relacionan con él.

El 80% de la población mayor de 15 años bebe alcohol en diferentes medidas, de los cuales el 15 % califica como beber problema (25 % de los hombres y 6% de las mujeres).

La identificación precoz del beber problema permite realizar intervenciones efectivas, para prevenir la evolución hacia condiciones más complejas. La educación pública sobre el abuso de bebidas alcohólicas y sus efectos sobre la salud complementan las medidas de prevención necesarias

- **Enfermedades de transmisión sexual**

La detección precoz y el control de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), es una de las intervenciones que reducen la incidencia de la infección por VIH en la población general. En el caso de la sífilis, el tratamiento precoz permite controlar la enfermedad evitando la progresión a etapas más avanzadas que se asocian a daño irreversible. Si las intervenciones se orientan específicamente hacia un determinado grupo de población, con alta probabilidad de transmisión, la relación de costo y efectividad será mucho mayor.

Campañas públicas sobre ITS, la educación sexual en la vida escolar, pesquisa precoz de casos y contactos, además de la consejería en los grupos de riesgo, son medidas eficientes para controlar estas enfermedades.

- **Consumo de sustancias adictivas**

El 15% de los escolares chilenos de 8° básico a 4° medio fumó marihuana a lo menos una vez durante el año 2009. El progresivo incremento que se observa en el uso de sustancias adictivas como marihuana, pasta base y cocaína en la población, en especial entre los más jóvenes, hacen recomendable implementar medidas adicionales, para enfatizar en los efectos dañinos sobre la salud y las relaciones interpersonales de las personas que lo consumen.

- **Vida sedentaria**

Es conocido el efecto positivo que tiene sobre la salud física y mental el hecho de hacer actividad física. Se señala que un 70% de los chilenos no realiza ningún tipo de actividad física, en especial entre las mujeres, donde esta cifra alcanza el 79%. Solo un 34% de los niños de quinto y sexto básico realiza actividad física regular.

El fomento de la actividad física, los deportes y la participación en familia en estos eventos son deseables para una vida más sana.

- **Trastornos psicosociales, depresión, conducta agresiva, stress**

A medida que los cambios sociales, tecnológicos y laborales han ido modificando la forma de vida de las personas, la salud mental y conducta de los individuos ha sido presionada para enfrenar este nuevo escenario, generando formas de adaptarse o reaccionar frente al nuevo entorno más hostil. El aumento de los casos de depresión, stress y conductas agresivas son expresiones de una nueva realidad psicosocial. Durante el año 2009 hubo 113 mil denuncias sobre violencia intrafamiliar y el 11% de los alumnos entre 7° básico y 4° medio fueron víctimas de acoso escolar

La preocupación colectiva sobre esta situación, mediante educación, cambio de hábitos sociales y campañas que inviten a mejorar las conductas colectivas permitirá estructurar una sociedad con mejor salud mental y social.

- **Donación de órganos y tejidos para trasplante**

Luego de haber estado entre los líderes en donación de órganos en Latinoamérica a comienzos de los años 2000, Chile ha tenido un marcado retroceso en la efectividad de la donación de órganos y tejidos para trasplante, impactando fuertemente en la tasa de los trasplantes de órganos. La tasa de donantes cadáver en el país que alcanzo a 10 donantes por millón de habitantes (pmh) ha retrocedido paulatinamente hasta llegar a 6.5 donantes pmh el año 2009. Las causas de este deterioro se deben a una inadecuada detección de los potenciales donantes, falta de coordinadores de trasplantes, una insuficiente organización de apoyo y a una deficiente educación de la población sobre el significado de la donación de órganos y tejidos.

Campañas públicas promoviendo la donación de órganos, educación a nivel enseñanza básica y media, con refuerzo posterior en educación técnico profesional sobre el concepto de donación de órganos, que acompañados con una adecuada organización de la red de procuramiento, han permitido en otros países alcanzar cifras sobre 25 donantes pmh y lograr las mejores tasas de pacientes trasplantados.

C.- Propuesta:

1.- “GES examen preventivo para adultos”

En el contexto del artículo 138 del DFL 1 año 2005, la Resolución Exenta 1.236 del 31 Diciembre 2009 del Ministerio de Salud y el Decreto N° 1 del 6 de Enero 2010 del MINSAL en el Título II, se propone crear un “GES examen preventivo para adultos”, que incluya:

- Autoevaluación de antecedentes en base a una encuesta y control con una Enfermera entrenada en medicina preventiva o Médico de atención primaria

- Presión Arterial
- Peso y estatura
- Hemograma y Perfil bioquímico:
- Antígeno prostático en hombres sobre 50 años
- Mamografía en mujeres a partir de los 40 años
- Papanicolau en mujeres a partir de los 25 años
- Ecografía abdominal en mujeres mayores de 40 años y hombres mayores de 50 años.

Es necesario capacitar a enfermeras que se dediquen exclusivamente al EMP, localizadas en la atención primaria y que permita complementar el trabajo del médico de atención primaria. Desarrollar una Guía Clínica para este EMP que defina a quienes y en qué oportunidad acceden al EMP, plazos de atención, que exámenes deben realizarse, frecuencia e intervalos de control, como se interpretan los resultados y la conducta a seguir cuando esté alterado. De igual modo completar los códigos FONASA de las prestaciones consideradas en las acciones de diversos programas de prevención.

Deberá analizarse la factibilidad de hacer obligatorio el EMP cubierto por esta GES en ciertas situaciones, como al ingresar a un trabajo estable, generar incentivos a las personas que se lo realicen y medir los resultados sanitarios que se obtengan.

2.- Acciones y campañas de Salud Pública

Se requiere asignar presupuestos específicos para campañas y acciones de salud pública, en base a objetivos y contenidos definidos, en los siguientes problemas de salud o programas:

- Tabaquismo
- Sobrepeso y obesidad
- Beber problema
- Consumo de sustancias adictivas

- Enfermedades de transmisión sexual
- Vida sedentaria
- Trastornos psicosociales, depresión, conducta agresiva, stress
- Donación de órganos y tejidos para trasplante

IX.- SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

La ley de seguros de accidentes del trabajo se dictó el año 1968 antes de que se produjera la transición epidemiológica --que también ha ocurrido en este campo-- debido al crecimiento del sector terciario de la economía y a los cambios tecnológicos. En muchos países se ha registrado una fuerte disminución de los accidentes del trabajo, pero unido a un aumento de enfermedades vinculadas al trabajo, aunque no necesariamente las tradicionales enfermedades profesionales. La ley chilena, sin embargo, se ha mantenido casi sin modificaciones hasta hoy.

Para el sistema público de atención de salud, las disposiciones de la normativa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales tiene repercusiones importantes porque una proporción importante de estas dolencias se atienden en los hospitales públicos. La ley (16.744) estableció que este seguro era de cargo de los empleadores quienes podían elegir entre 3 alternativas:

- i. Auto asegurarse vía administración delegada
- ii. Afiliarse a una mutual
- iii. Asegurarse con el Estado a través del INP (hoy Instituto de Seguridad Laboral, ISL)

El sistema de administración delegada es hoy usado únicamente por Codelco.

Las mutuales atienden a 3,5 millones de trabajadores en sus establecimientos propios. Realizan diversas formas de prevención que han significado que en los 42 años de vigencia de la ley, la accidentabilidad del trabajo haya bajado drásticamente. Las mutuales atienden a las grandes empresas y sus trabajadores asegurados provienen de organizaciones cuyo promedio alcanza a 46 trabajadores por empleador. Como el costo administrativo de afiliar a los empleadores PYME es más alto y la accidentabilidad generalmente es mayor, no existen incentivos para que las mutuales aborden este segmento de trabajadores.

Sus excedentes son cuantiosos, ya que el sector es oligopólico, con precio fijado por ley y barreras a la entrada producidas por la necesidad de contar con un alto número de trabajadores como mínimo. Estos excedentes se invierten en infraestructura hospitalaria que significan una competencia con los prestadores de salud privados del país, generada a través de cotizaciones obligatorias.

El seguro estatal atiende a un millón de trabajadores, con una media de 3 por empleador. Los accidentes son atendidos en la red pública de salud, especialmente en los servicios de urgencia, puesto que el ISL no cuenta con establecimientos propios. Desde la vigencia de la ley, ni el INP y ahora ni el ISL han realizado ninguna prevención. En este sistema están hoy afiliados los trabajadores formales de las PYME, los pirquineros, pescadores, empleadas de casa particular, etc. Ellos son los trabajadores de menores ingresos y que experimentan las peores inseguridades laborales.

Estadísticas Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

(Cifras a octubre de 2009)

	Nº de Empleadores	Nº de Trabajadores	Trabajadores por empleador	Remuneraciones totales por la que se cotizó ese mes (MM\$/mes)	Remuneración mensual por trabajador (\$/mes)	Nº de Accidentes Totales (mes)
A.Ch.S.	36.963	1.856.769	50	926.506	498.988	10.620
C.Ch.C.	25.496	1.195.768	47	583.041	487.587	6.543
I.S.T.	15.078	508.793	34	204.785	402.491	3.320
Subtotal Mutuales	77.537	3.561.330	46	1.714.331	481.374	20.483
I.S.L.(ex INP) (*)	359.498	1.047.524	3	288.934	275.826	No hay datos
Total Sistema Ley 16.744	437.035	4.608.854	11	2.003.266	434.656	

Estadísticas Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales

Cifras 2008 (**)

	Cotizaciones percibidas 2008 (MM\$)	Tasa sobre remuneraciones calculada	Gastos médicos y prevención	
			(Mill. \$)	% sobre cotización
A.Ch.S.	168.349	1,5%	96.509	57%
C.Ch.C.	117.706	1,7%	65.417	56%
I.S.T.	47.908	1,9%	29.329	61%
Subtotal Mutuales	333.964	1,6%	191.255	57%
I.S.L.(ex INP) (*)	59.193	1,7%	13.601	23%
Total Sistema Ley 16.744	393.157	1,6%	204.856	52,1%

La Comisión estima que el Estado podría dejar de otorgar el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, dejando como única alternativa a los empleadores afiliarse a una mutual, sin que éstas puedan discriminar en la afiliación.

La principal ventaja de una decisión como ésta sería la de liberar a la red pública de salud, especialmente a los servicios de urgencia, de la demanda de un millón de trabajadores, que son precisamente los de las empresas con las peores condiciones de seguridad. Con el cambio propuesto, esas atenciones tendrían que otorgarse en la red hospitalaria de las mutuales, que es de primera clase, está de Arica a Magallanes y se encuentra sub utilizada. El millón de trabajadores más desvalidos de la masa laboral chilena, tendría así un mejoramiento innegable, pues cambiaría de una red en la cual no pueden recibir buena atención por la sobre demanda, a otra moderna y relativamente desocupada y presente a lo largo de todo el país.

Como el costo para los empleadores es el mismo en el ISL o en una mutual, no habría un efecto negativo en el empleo.

ANEXO 1

ASPECTOS DE LA REFORMA DE LA SALUD (2005) PENDIENTES DE EJECUCIÓN

Srs. Héctor Sánchez, Manuel Inostroza, Andrés Romero
Instituto de Políticas Públicas Salud y Futuro
Universidad Andrés Bello

ANTECEDENTES.

La reforma al sistema de salud que culmina su aprobación en el congreso el año 2005, es el producto de cerca de dos décadas de discusiones. Es así que desde 1992 surgen diferentes instancias transversales que concuerdan diagnósticos, y también en muchos casos, lineamientos de solución en diferentes documentos que han sido documentos públicos.

Por otro lado, entre los años 1998-2002 se desarrollan los estudios más completos realizados a la fecha sobre el sector salud, sus problemas y caminos de solución “Reforma a la seguridad Social en Salud” y el “Peso de carga de la enfermedad en Chile”, en los cuales participaron diversas instituciones Universitarias, centros de estudios y con la asesoría de organismos internacionales. En el año 2000 se tramita, aprueba y publica la nueva ley de FONASA que lo transforma en la práctica en un seguro público de salud **“el cual gestiona los recursos que el estado y las personas asignan al sector salud para otorgar coberturas de salud a la población, teniendo como foco el lograr atenciones de mejor calidad, oportunidad y al menor costo”**. Esta ley le otorga a FONASA amplias atribuciones para gestionar las finanzas sectoriales, pero no teniendo como primer foco de atención el financiamiento de la infraestructura pública, si no que el financiamiento de la cobertura de las personas. No obstante lo anterior, la propia ley le asigna al ejecutivo la responsabilidad de dictar un reglamento para aplicar a plenitud dicha ley, situación que aún no ocurre.

Teniendo como base la ley de FONASA del 2000 y todos los estudios previos realizados sobre el sector salud, se inicia en el país el estudio de una reforma sectorial Global que culmina el año 2005 con un conjunto de leyes que reforman el sector salud en su conjunto, aprobadas por casi la unanimidad del parlamento, convirtiéndola así en una política de estado.

Esta reforma aborda diferentes aspectos, algunos relacionados con la institucionalidad y organización del sector salud, otras relacionadas con garantizar en forma explícita derechos a las personas mediante el GES y con reformas para mejorar la operación del sistema ISAPRE. No obstante lo anterior cabe señalar que el proyecto original de reforma enviado al parlamento para su aprobación abordaba “un nuevo modelo de financiamiento del sector salud organizado y ordenado mediante la creación de un plan universal garantizado para todos los afiliados a FONASA e ISAPRES que se financia con una cotización de salud previsional obligatoria con tope 7% de la renta imponible de tipo plana, que no diferencia por edad y sexo. La población cuyo 7% no alcanza a financiar para el grupo familiar el referido plan garantizado es subsidiada por el Estado. Dicho proyecto de ley establece también que dicha prima plana se gestiona mediante un fondo nacional compensatorio por riesgo, con subsidios cruzados por edad y sexo y del cual sólo pueden pertenecer a ISAPRES aquellas personas que con su cotización obligatoria pueden financiar “sin subsidio fiscal” el plan universal garantizado para salud”.

Esta reforma al financiamiento no fue aprobado por el Congreso, para lo cual se buscó una solución de “transacción” la creación de un fondo compensatorio inter- Isapres para el plan GES, el cual actualmente opera a través de la Superintendencia de Salud que es el organismo que lo gestiona.

A continuación se efectúa un análisis de las diferentes reformas aprobadas separándolas por ámbito de acción, haciendo especial énfasis en las más importantes y que no se han implementado por diversas razones.

AMBITO: INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

Diagnóstico efectuado al año 2002:

El diagnóstico al año 2002 del entramado institucional del sector público de salud, reflejaba una serie de problemas que pueden resumirse en los siguientes aspectos:

-Dispersión, burocracia e ineficacia. En este aspecto se destacaba el involucramiento del Ministerio de Salud en la conducción y gestión de los prestadores públicos (especialmente de los Servicios de Salud pero también de los hospitales). Los Servicios de Salud eran entidades que desempeñaban simultáneamente dos funciones, la de ser el gestor de la red de hospitales y la contraparte de los Municipios y

simultáneamente realizaban funciones de autoridad sanitaria tanto para el sistema público como privado, 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 existían conflictos de interés al momento de fiscalizar su propia infraestructura.

-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 problemas que deberían solucionarse en niveles operativos descentralizados. Por otra parte, el protagonismo del nivel central inhibe el desarrollo de las autoridades regionales que tienen escasa influencia en las decisiones sobre la salud,

con una pobre coordinación y escaso aporte a las políticas sociales regionales.

-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.

Aspectos abordados por la reforma

Se plantea una reforma del Estado en el sector salud con el objeto de aumentar su eficiencia, lograr especialización de los diferentes actores públicos y generar “sanas tensiones en el aparato público para incentivar mayor eficiencia y calidad” Los principios básicos de la reorganización planteada en el proceso de reforma fueron:

- Separar claramente las diferentes funciones que se realizan en el sector público de salud: Política y regulación; financiamiento, prestación de servicios de salud;
- 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.

Así pues, el eje central en el ámbito institucional fue el fortalecimiento del sector público mediante una transformación de sus principales entidades y una especialización clara en sus funciones, generando todas las condiciones para que el sector público ejerciera su rol de Autoridad Sanitaria mediante el Ministerio de Salud, dada la responsabilidad indelegable que tiene el Estado de guiar el desarrollo del sector salud y asegurar su efectivo desempeño para responder a las necesidades sanitarias de la población.

En este contexto, los principales ámbitos legislados fueron:

1. Definición de roles del Ministerio de Salud en el ámbito de la evaluación y definición de políticas públicas de salud, coordinación intersectorial para lograr objetivos sanitarios y

definir programas de salud pública para toda la población en el nuevo contexto epidemiológico y demográfico.

2. Creación de las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales. Se previó que la principal ventaja de la creación de estas nuevas autoridades sería posibilitar un mejor desarrollo de las capacidades normativas y rectoras en materias sanitarias de promoción y prevención en salud (Subsecretaría de Salud Pública) y, por otra parte se crea la Subsecretaría de redes asistenciales con la misión de definir normas y políticas para el establecimiento de una red nacional público privada , en la cual se contempla también el desarrollo de una red nacional de alta complejidad. Esta subsecretaría debía monitorear la gestión de las redes asistenciales de todo el país formadas por los consultorios de atención primaria, centros de especialidades , hospitales públicos del país y centros de salud privados ambulatorios y hospitalarios que en forma armónica se complementarían para resolver en forma efectiva las demandas de la población.
3. Traslado de las competencias en materia de fiscalización sanitaria desde los Servicios de Salud a las Seremis de Salud. En el ámbito regional la intención fue propiciar el fortalecimiento de una autoridad sanitaria regional, para tener estándares y normas fiscalización similares para el sector público y privado en todo el territorio nacional, y de fácil acceso para los ciudadanos.
4. Creación de la Superintendencia de Salud, con facultades de fiscalización en los Seguros y los prestadores de servicios de salud público y privados y con la misión de instalar un “sólo marco regulatorio para ambos subsectores”.

Aspectos insuficientemente abordados en la implementación de la Reforma

ASPECTO ESPECÍFICO PENDIENTE DE EJECUTAR: Autoridad Sanitaria Nacional y funciones de Salud Pública.

Uno de los objetivos de la creación de la Subsecretaría de Salud Pública fue fortalecer la salud pública, en sus aspectos preventivos, promocionales y regulatorios, contando con una autoridad política dedicada exclusivamente a este aspecto (el cual era tradicionalmente relegado frente a los problemas de la red asistencial). Las acciones de salud pública son aquellas de carácter colectivo que tienen por objeto promover la salud o prevenir y detectar oportunamente daños en la salud de la población.

NORMAS JURIDICAS PERTINENTES: Se encuentra regulado en el Capítulo I del Libro I del DFL N°1, de 2005, de Salud, como así también en el Decreto Supremo N° 136, de 2004, del mismo Ministerio, Reglamento del Ministerio de Salud. En especial ver artículos 4º, 9º del señalado DFL N°1 y Artículo 13 del Decreto Supremo N° 136, de 2004, de Salud

PROBLEMA VIGENTE: La creación de esta nueva autoridad no ha generado el fortalecimiento de los aspectos de salud pública. No se ha desarrollado una agenda legislativa relacionada con las prioridades en salud pública (desde el año 2005 sólo se han despachado leyes relacionadas con consumo de tabaco, investigación científica en seres humanos, protección trabajadores uso productos fitosanitarios, información fertilidad y donación de órganos), el presupuesto para dar un vuelco en el énfasis de políticas orientadas a la protección y cuidado de la salud de la población se mantiene estable y los objetivos sanitarios de la década se han cumplido solo parcialmente..

El reglamento **establece expresamente** que el Ministerio de Salud deberá publicar el primero de diciembre de cada año un Plan Nacional de Salud Pública que contendrá las actividades que deberán ser realizadas durante el año calendario siguiente. En especial dicho plan deberá señalar las actividades de promoción de la salud diseñadas para controlar los factores de riesgo de las patologías más frecuentes, en concordancia con los objetivos nacionales de salud y contener las coberturas esperadas de los

programas de vacunación por grupos de edad, las coberturas de los programas médicos de pesquisa de factores de riesgo o diagnóstico precoz de las enfermedades que son consideradas prioridades nacionales y forman parte de las Garantías Explícitas en Salud, y los objetivos y grupos de la población beneficiados con el Programa Nacional de Alimentación Complementaria. Además deberá contener las medidas que se pondrán en ejecución para el control y eventual erradicación de las enfermedades transmisibles que representan una amenaza para la salud de la población.

El Plan Nacional de Salud será seguido en enero del año siguiente por la publicación de los Planes Regionales, a cargo de las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales de Salud. Dichas publicaciones tendrán difusión nacional y regional y serán puestos en conocimiento de los respectivos Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

De acuerdo a la información contenida en la web del Minsal, no existen los planes que dispone el Reglamento.

OPCIONES y RECOMENDACIONES:

- a) En el marco de la ley actual se debe exigir que la subsecretaría de Salud Pública tenga el peso político y los recursos financieros y humanos para cumplir con las responsabilidades que le asigna la nueva ley de salud.
- b) En este contexto aparece como altamente recomendable que en la definición presupuestaria anual se efectúen asignaciones presupuestarias marcadas y con el objeto de diseñar y ejecutar programas de salud pública”, generando una agenda de políticas y regulaciones acorde con los desafíos sanitarios. Lo anterior no puede entenderse que todo el diseño y ejecución deben descansar en la referida subsecretaría, si no que ésta debe generar los mecanismos para que diferentes entidades, públicas, privadas y Universitarias generen ideas y diseñen y ejecuten proyectos en el ámbito de la salud pública enmarcados en las prioridades sanitarias que defina la referida subsecretaría.
- c) Se debe asimismo exigir el cumplimiento del diseño y publicación de los planes anuales nacionales y regionales de Salud Pública que establece el reglamento y exigir que anualmente se efectúen evaluaciones por entidades técnicas académicas independientes para medir el impacto de las políticas y planes.

- d) Es necesario que se explicita una agenda legislativa para los próximos 3 años que permitan enfrentar los problemas de salud pública prioritarios y que contribuya al cumplimiento de los objetivos sanitarios para la década.

ASPECTO ESPECÍFICO PENDIENTE DE EJECUTAR sobre la Autoridad Sanitaria Regional.

Uno de los objetivos del traslado de competencias de fiscalización y control preventivo en materia sanitaria, desde los Servicios de Salud a los SEREMIS, fue el de fortalecer este rol tradicionalmente relegado frente a los problemas de la red asistencial. Así, la competencia general de las SEREMIS de salud es la ejecución de acciones que correspondan para la protección de la salud de la población de los riesgos producidos por el medio ambiente y para la conservación, mejoría y recuperación de los elementos básicos del ambiente que inciden en ella, velando por el debido cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario y de los reglamentos. También las SEREMIS son el brazo a nivel regional de la autoridad Ministerial en el ámbito de la salud pública y la ejecución del plan nacional y regional de Salud Pública Anual. Finalmente, sin tener competencia directa en las materias relacionadas con la Red Asistencial de su región, recibe información de ésta y ejecuta las acciones que le encomiende el Subsecretario de Redes Asistenciales en esta materia.

NORMAS JURIDICAS PERTINENTES: Se encuentra regulado en el Capítulo I del Libro I del DFL N°1, de 2005, de Salud, como así también en el Decreto Supremo N° 136, de 2004, del mismo Ministerio, Reglamento del Ministerio de Salud. En especial ver artículos 10, 11 y 12 del señalado DFL N°1.

PROBLEMA VIGENTE: La Autoridad Sanitaria Regional no cuenta con la capacidad técnica, modelo de gestión, ni los recursos necesarios para ejercer su labor fiscalizadora y de control preventivo. Por otro lado la autoridad política que se pretendía que asumiera este rol, se ha visto coartado en la práctica por su falta de capacidad real para ejercer la ASR. Hoy las SEREMIS son un problema adicional (tiempos de tramitación) para el emprendimiento de nuevos negocios.

OPCIONES Y RECOMENDACIONES:

- a) Se debe revisar el diseño de los modelos de gestión de las SEREMI de salud en coherencia con la institucionalidad definida por la ley y su inserción en el ámbito regional y coordinación con el Ministerio de Salud.
- b) Se debe contrastar las responsabilidades que el marco regulatorio vigente le otorga a las SEREMIS con la disponibilidad de recursos humanos(en cantidad y calidad) y materiales, de tal forma que sean adecuados para cumplir con su rol y contemplar un plan de capacitación para efectuar correctamente sus labores
- c) Se debe establecer en forma oficial y rigurosa un sistema de evaluación del cumplimiento del rol de ASR en sus diferentes ámbitos.

**ASPECTO ESPECÍFICO PENDIENTE DE EJECUTAR:
Articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema.**

Uno de los objetivos de la creación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales fue enfocar en esta autoridad el desarrollo de instrumentos (incentivos y regulaciones tales como los niveles de complejidad de la red de salud, la articulación a nivel nacional de la red de alta complejidad) que permitieran una mejor coordinación de la red asistencial pública a nivel nacional, el desarrollo de centros de referencia a nivel nacional y fomentar y mejorar la complementariedad pública y privada.

En este sentido, la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene como ámbito material de competencia las relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema (público-privada) para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, 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.

Por lo tanto esta autoridad es esencialmente “normativa” y no debiera tener incidencia directa en la gestión de la red ni de los establecimientos hospitalarios.

NORMAS JURIDICAS PERTINENTES: Se encuentra regulado en el Capítulo I del Libro I del DFL N°1, de 2005, de Salud, como así también en el Decreto Supremo N° 136, de 2004, del mismo Ministerio, Reglamento del Ministerio de Salud. En especial ver

artículo 8º del señalado DFL N°1.

PROBLEMA VIGENTE: La creación de esta nueva autoridad no ha generado una mejor coordinación de la red asistencial a nivel nacional. Hay confusión de roles y el Ministerio de Salud no ha asumido su rol normativo y político y se ha concentrado mas en su rol de gestor de la red asistencial principalmente pública. Por otro lado no existen nuevos instrumentos respecto de los utilizados antes de la reforma (per cápita, convenios, normas de referencia, convenios DFL 36). La labor de la Subsecretaría de Redes se ha centrado en solucionar problemas puntuales de hospitales (por ej. Hospital de Talca) y no en generar marcos de política que estimulen la conformación de redes público-privadas en salud optimizando los recursos disponibles. Tampoco ha estimulado el diseño e implementación de sistemas que permitan integrar efectivamente las redes ambulatorias municipales y las hospitalarias, con prestadores privados para poder gestionar el modelo de atención que implemente en un 100% las GES en el sistema público.

La subsecretaría de redes asistenciales tampoco ha favorecido en la práctica la “descentralización hospitalaria establecida en la misma reforma a través de los hospitales autogestionados” provocándose que en la práctica este modelo de gestión que avanza hacia una mayor desconcentración de funciones no se implemente a cabalidad.

Hay falta de capacidad de gestión de la Subsecretaría de redes asistenciales la que adicionada a su confusión de roles genera ruidos que hacen mas complejo el proceso de descentralización sectorial.

OPCIONES Y RECOMENDACIONES:

- a) Hacer una evaluación del rol de la Subsecretaría de redes asistenciales y generar una orientación clara respecto de cual es su rol en el contexto de separación de funciones y “articulación de redes de servicios de salud público-privadas” generales y una red de alta complejidad a nivel nacional.
- b) Su rol debe orientarse a la definición de políticas y normas para que se constituyan las redes asistenciales, evaluar que estas directrices se cumplan en forma objetiva.
- c) Se debe exigir de la Subsecretaría de redes transparentar su plan anual de acción en el desarrollo de las redes de salud público-privadas del país , con objetivos y metas claras a alcanzar
- d) Se debe establecer un sistema de evaluación “externo, técnico

e independiente” del cumplimiento de los objetivos del plan anual de la Subsecretaría de redes asistenciales.

ASPECTO ESPECIFICO PENDIENTE DE EJECUTAR: Red Sanitaria Servicio de Salud.

El modelo de atención que el país diseñó para enfrentar el perfil epidemiológico de los años 1950-1970 ya a inicios de la primera década del 2000 estaba completamente obsoleto y requería un rediseño para responder al nuevo perfil demográfico y epidemiológico que presentaba el país a esa fecha. En efecto, el modelo histórico era básicamente curativo y centrado en el hospital como la gran instancia de resolución de los problemas de salud, modelo que se hace insuficiente para enfrentar los nuevos desafíos derivados de mejorar la salud de la población adulta y de tercera edad.

El desafío planteado en el proceso de reforma de la salud, fue desarrollar un modelo de atención que enfatizara la promoción y la prevención en salud y que se centrara en la atención primaria y en la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud. Este modelo persigue maximizar el impacto sanitario de sus acciones mediante un uso racional de los recursos, estimulando aquellas intervenciones que tienen eficacia y efectividad científicamente demostrada. Este desafío corresponde tanto al sistema público como privado de atención de salud.

La modernización del modelo de atención implica también superar la actual fragmentación del sistema público de salud, estableciendo los mecanismos e incentivos que aseguren una adecuada coordinación entre los distintos niveles de atención. Una adecuada gestión de redes implica un flujo expedito en la resolución de los problemas de salud de las personas en la red asistencial.

La reforma introdujo una serie de modificaciones a la estructura de los Servicios de Salud, orientadas principalmente a concebir esta organización como un gran coordinador de un conjunto de establecimientos de salud “públicos y privados” con competencias y facultades propias; y a dotar a los gestores públicos de capacidades de gestión de sus recursos humanos, físicos y presupuestarios.

En consecuencia, la ley le entregó al Director del Servicio de Salud un mandato explícito de coordinar y gestionar el funcionamiento de la red asistencial a su cargo (centros de atención primaria, centros de alta, mediana y baja complejidad, públicos y privados) centrada en las necesidades y demandas de la población.

NORMAS JURIDICAS PERTINENTES: Se encuentra regulado

en el Capítulo II del Libro I del DFL N°1, de 2005, de Salud y en el Decreto Supremo N° 140, de 2004, de Salud, que contiene el Reglamento de los Servicios de Salud.

PROBLEMA VIGENTE: Muchos Servicios de Salud no han asumido su rol de gestor de redes público-privadas, principalmente por dos motivos: el primero es político y dice relación con las señales equívocas recibidas desde el nivel central “un centralismo exagerado” y orientado a gestionar en el sentido mas clásico del concepto, una red pública física de salud, sin integración de privados; la segunda razón es por falta de formación y capacitación en el concepto de redes de los equipos directivos lo que les ha llevado a interpretar de diversas formas el concepto de red asistencial, no siempre acercándose a un concepto moderno de gestión de redes , que implica gestionar un modelo de atención (niveles de complejidad de la red, capacidad resolutive de la red y de cada nivel, sistemas de referencia y contra-referencia) para resolver las necesidades de su población a cargo. Que además implica gestionar un marco de incentivos para contar con la cantidad y calidad de actores públicos y privados y que estimule a que cada actor cumpla su rol dentro de la red y se articule en forma natural con los otros integrantes en un trabajo de equipo y buscando siempre soluciones costo efectivas. En tercer lugar el establecimientos de modernos sistemas de información son esenciales para que se puedan gestionar los modelos de atención, de incentivos y la red propiamente tal, de forma de estar permanentemente vigilando y evaluando el funcionamiento de la red en su conjunto y de cada uno de sus niveles.

Hoy los directores de SS continúan el modelo de gestión Ministerial de tipo centralista, siguen en forma indirecta a cargo de parte importante de la gestión administrativa de los Hospitales, no ejerciendo su rol de “gestor” de la red asistencial centrada en las necesidades y demandas de la población.

OPCIONES Y RECOMENDACIONES:

- a) Aprovechando el marco legal vigente, se debe estimular a través de la subsecretaría de redes, la formulación de un conjunto de políticas orientadas a:uniformar un concepto de “funcionamiento de redes público privadas ambulatorias y hospitalarias” estableciendo los criterios ordenadores y orientadores para que los directores de servicios actúen
- b) Identificar las competencias que se deben desarrollar a nivel

de los SS para gestionar redes y **focalizar recursos para asesorar** a los SS en el diseño de las redes y en la conformación de equipos técnicos para administrarlas.

- c) Establecer los requerimientos que deben tener los sistemas de información (TICs) para que permitan el funcionamiento del modelo de atención dentro de las redes (sistemas de referencia y contra referencia). Asimismo definir los requerimientos de los Sistemas de información para que los gestores de los SS puedan gestionar y controlar efectivamente una red.
- d) Definir un marco de incentivos para que los SS trabajen en red con actores del mundo público y privado. Aquí el FONASA es clave para alcanzar el objetivo de moldear las redes público privadas gestionadas por el SNSS a través de sus modelos de compras

ASPECTO ESPECÍFICO PENDIENTE DE EJECUTAR: Hospitales de Autogestión en Red.

La regulación esencial de los hospitales se encontraba en el Capítulo IV del Decreto Supremo N° 42, de 1986. Los Hospitales eran una dependencia del Servicio de Salud, por lo que no contaban con personalidad jurídica ni patrimonio propio, ni con facultades propias para la gestión de sus recursos. Podrá apreciarse en esta mirada general de la regulación existente hasta el año 2005, que la idea era establecer una misma estructura para todos los hospitales del país, y una falta de autonomía para gestionar los recursos por los directores de hospitales, los que dependían de los directores de servicio para ello.

El director del hospital no contaba con atribuciones directamente emanadas de la ley, sino que en realidad las potestades en materia de administración de recursos humanos, presupuestarios y físicos dependía exclusivamente de la voluntad del Director del Servicio, ya que éste le delegaba las facultades de acuerdo a su sola voluntad. En consecuencia, la relación de jerarquía que existía en este modelo era absoluta, en cuanto el director del Servicio de Salud, dado que mantenía en este esquema la “totalidad de las responsabilidades” debía autorizar muchas de las decisiones que quería adoptar el director del hospital, o bien podía modificar las decisiones adoptadas, o revocar todas o algunas de las atribuciones que delegó en éste.

La principal innovación que se introduce en la gestión de los establecimientos de salud se relaciona con la institución de los “Establecimientos de autogestión en red”. Durante mucho tiempo, los Directores de los Hospitales Públicos reclamaron mayor autonomía en la gestión de sus recursos, puesto que estimaban que los Directores de los Servicios de Salud no les permitían hacer frente a los problemas con la agilidad necesaria, o bien tradicionalmente “castigaban” a los hospitales bien gestionados quitándole presupuesto para subsidiar a otros centros del Servicio.

Por tal razón, una de las materias que contempló la Reforma de la Salud fue dotar a ciertos establecimientos públicos (58 de mayor complejidad) de la calidad de “autogestionados”, sin perder la necesaria coordinación con la Red Asistencial. La idea del legislador fue dotar de autonomía para la gestión de sus recursos a aquellos establecimientos que hubiesen demostrado una adecuada gestión

administrativa y financiera, por lo que para obtener dicha calidad debían cumplir previamente ciertos requisitos ; según esta ley el director del establecimiento de autogestión en red tiene todas las facultades de administración de un jefe de servicio público, tales como contratar personal, comprar bienes y servicios clínicos y no clínicos , contratar con Fonasa e Isapres y endeudarse entre otros.

Así, se establece una unidad autónoma de gestión del resto del Servicio, pero que cumple ciertas obligaciones que la red le exige y negocia anualmente (tipo de prestaciones, referencia, información y tecnologías). El proceso de autogestión sería gradual (en la medida que se cumplía con ciertos requisitos los hospitales adquirirían la categoría) hasta culminar el proceso el año 2009 (postergado por ley 20.319 hasta el 31 de enero de 2010). El modelo de autogestión en red es el máximo nivel de descentralización “factible y viable” de una entidad pública sin salirse del modelo de gestión pública, lo cual **fue consensuado** el año 2005 sin avanzar a modelos con mayores grados de descentralización tales como “hospitales empresas del estado”, o concesiones hospitalarias en que se entrega la administración de los hospitales al sector privado

NORMAS JURIDICAS PERTINENTES: Se encuentra regulado en el Capítulo II del Libro I del DFL N°1, de 2005, de Salud y en el Decreto Supremo N° 38, de 2005, de Salud, que contiene el Reglamento de Establecimientos de Autogestión en Red y de Menor Complejidad.

PROBLEMA VIGENTE: Nuevamente es importante señalar que no se observó voluntad política para implementar los hospitales autogestionados y por otro lado el Ministerio de Hacienda con una desconfianza básica estableció un reglamento que a los hospitales les fue casi imposible de superar. Hoy los Hospitales en su gran mayoría adquirieron la categoría de Autogestionados, solo por llegar el plazo que la ley estableció (31/01/2010), no cumpliendo la mayoría de ellos los requisitos de gestión que se establecen para adquirir la categoría. En consecuencia, tenemos unidades autónomas en su gestión sin las competencias necesarias para asumir esta tarea.

OPCIONES Y RECOMENDACIONES:

- a) Se debe “sacar el máximo posible de eficiencia y calidad del modelo de hospitales autogestionados” y deben ser considerados como un primer paso para mayores grados de descentralización de los hospitales públicos.

- b) Aprovechando el marco legal vigente y que “políticamente” los hospitales autogestionados ya han sido aceptados por los diferentes actores relevantes y están consagrados a través de una política de estado, se debe potenciar el desarrollo al máximo de este tipo de hospitales. Los Hospitales autogestionados requieren el desarrollo de una estrategia global definida y financiada por el Ministerio de salud pero gestionada en forma descentralizada, que les permita alcanzar determinados estándares de eficiencia en la gestión, que abarque inversiones en gestión, asesoría y capacitación a sus directivos. El plan de fortalecimiento de los hospitales autogestionados debe estimular a que entidades académicas, empresariales y técnicas desarrollen proyectos de desarrollo de competencias necesarias para desarrollar modelos de gestión eficientes.
- c) Es necesario estimular alianzas público privadas entre hospitales y clínicas o redes de prestadores privados con el objeto de lograr modernizar los modelos de gestión y el traspaso de tecnologías en el ámbito de la gestión entre otras.
- d) Se deben perfeccionar y mejorar los mecanismos de remuneraciones e incentivos de los equipos directivos (sueldos bajos en relación al mercado y las responsabilidades asociadas). Es importante resolver el problema de los niveles de renta de los directivos y las limitaciones que impone la alta dirección pública.
- e) Asimismo, se requiere diseñar una “reforma legal de fondo” a la estructura de Gobierno Corporativo de los hospitales autogestionados, dado que hoy no tienen un mandato claro ni los directivos les rinden cuenta efectiva de su gestión. Esta reforma debe estar orientada a otorgar al hospital un Gobierno Corporativo que tenga la autoridad y la legitimidad para definir las políticas al hospital para que este cumpla su rol y funciones con estándares de eficiencia y calidad, en el contexto de la red y de las normas que rigen a estos establecimientos, supervise controle y evalúe el accionar de sus directivos , pueda recomendar cambio de directivos máximos, como asimismo respaldar a los directivos de las presiones gremiales y políticas por cumplir con su rol en la gestión de los recursos principalmente recursos humanos.
- f) Los hospitales autogestionados deben utilizar todas sus

capacidades para innovar en sus modelos de gestión y la autoridad central debe estimular el desarrollo de los mecanismos que faciliten la externalización de aquellos servicios de apoyo que no son el “core” de la actividad del hospital y que en el ámbito clínico suelen ser verdaderos cuellos de botella en el accionar del hospital (Ejemplos: laboratorio clínico , laboratorio de especialidades, exámenes de imagenología) afectando sus niveles de eficiencia.

- g) Es importante y necesario, dado el alto déficit de inversiones que hay en el sector salud en este momento, explorar diversos modelos de gestión hospitalaria con el objeto de acercarse a aquel modelo que mas se ajuste a las necesidades de la población en cuanto a niveles de calidad , oportunidad y eficiencia y al funcionamiento en red de los servicios de salud. La Concesión de hospitales puede permitir suplir la falta de inversiones sectoriales en forma eficiente y rápida, pero lo más importante es concesionar la gestión de hospitales bajo diversas modalidades. Los modelos que mejor resultado han dado hasta hoy son la concesión de toda la gestión del hospital , administrativa y clínica y por otro lado la integración de los hospitales a redes y concesionar redes con sistemas per cápita u otros similares que estimulen acciones recuperativas de salud costo efectivas. Otra opción la constituye la concesión de la inversión, gestión de la infraestructura y equipamiento y de los servicios generales y de apoyo no clínico y clínico, dejando solo la gestión médica en manos públicas; cabe señalar sin embargo que esta opción en los países que se ha implementado muestra complejidades en su implementación. Otros modelos más acotados de concesión han mostrado ser muy complejos y de poco impacto en el mejoramiento de los niveles de eficiencia y calidad de la gestión de los mismos.

ASPECTO QUE REQUIERE PERFECCIONAMIENTO LEGAL: Autonomía de la Superintendencia de Salud para ejercer su rol Fiscalizador del Fonasa.

La Superintendencia de Salud es un organismo funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propios y se relaciona con el Presidente de la República a través del Ministerio de Salud. La Superintendencia se encuentra afecta al Sistema de Alta Dirección Pública establecido en la Ley N° 19.882, lo que implica, entre otras cosas, que sus máximos directivos son nombrados previo concurso público y tienen dedicación exclusiva. Tres son sus ámbitos de acción directos:

1. Supervigilar y controlar a las Isapres y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley como Régimen de Garantías en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.

2. Supervigilar y controlar al Fondo Nacional de Salud (FONASA) en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la Ley N° 18.469² en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Régimen de Garantías en Salud.

3. Fiscalizar a todos los prestadores de salud públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación.

NORMAS JURIDICAS PERTINENTES: Se encuentra regulado en el Capítulo I del Libro I del DFL N°1, de 2005, de Salud, como así también en el Decreto Supremo N° 136, de 2004, del mismo Ministerio, Reglamento del Ministerio de Salud. En especial ver artículos 10, 11 y 12 del señalado DFL N°1.

PROBLEMA VIGENTE: Tanto el director del Fonasa como el Superintendente se relacionan con el Presidente de la República a través del Ministro de Salud, lo que reduce la independencia del Superintendente de fiscalizar al Fonasa.

OPCIONES Y RECOMENDACIONES:

- a) Establecer un cambio legal para la designación y mantención en el cargo de Superintendente. Podría elegirse por alta

² Actual Libro II del DFL N° 1, de 2005, de Salud.

dirección pública una terna que sea dirimida en el Senado.

- b) Por otro lado el Superintendente debiera tener a lo menos dos años más que el período normal presidencial de 4 años y la necesidad de perfeccionar las disposiciones legales que le permitan aplicar “un solo marco regulatorio para el sistema público y privado asegurador y prestador”

AMBITO: AUGE, REGIMEN GENERAL DE GARANTIAS EN SALUD Y GARANTIAS EXPLICITAS 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.

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 salud³.

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 (Fonasa)* a sus afiliados y beneficiarios:
 - o 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 específicas⁴. Forman parte de este conjunto:

³ 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.

⁴ Los beneficiarios del Fonasa no cuentan con garantías específicas para este listado de prestaciones, se otorgan en general por los establecimientos de salud que forman parte de la Red

- Examen de medicina preventiva⁵.
 - 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 puerperio. El niño recién nacido y hasta los seis años de edad tendrá también derecho a la protección y control de salud.
- 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 (Isapre)* a sus afiliados y beneficiarios:
 - Prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo que las Isapres deben cubrir a sus respectivos beneficiarios. Incluye:

Asistencial de cada Servicio de Salud (red pública de salud), con los recursos físicos y humanos de que dispongan. Sin perjuicio de ello, el artículo 3º de la Ley N° 19.966 establece que el Ministerio de Salud debe dictar normas e instrucciones generales sobre acceso, calidad y oportunidad para estas prestaciones, tales como estándares de atención y gestión de tiempos de espera, las que serán de público conocimiento.

⁵ El artículo 33 de la Ley N° 19.966, establece que el decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional. Por su parte, el contenido y características de éste, se fijan por resolución exenta del Ministerio de Salud, la que se ha actualiza en el periodo de modificación del decreto que fijas las Garantías Explícitas. Mediante Resolución Exenta N° 876, del año 2006, del Ministerio de Salud, se ha definido que el examen de medicina preventiva “*estará constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital, que tiene por objeto reducir o postergar la morbimortalidad, discapacidad o sufrimiento, debido a aquellos problemas de salud, es decir enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, que formen parte de las prioridades sanitarias, mediante la detección precoz en los beneficiarios o de la prevención en un individuo asintomático. El examen de medicina preventiva debe realizarse en el contexto de un control o consulta por un profesional de la salud debidamente capacitado e incluye un conjunto de acciones tales como: anamnesis, examen físico, cuestionarios, mediciones, exámenes de laboratorio, consejería, indicaciones y/o derivación, según corresponda a la intervención preventiva.*”

- Las *Garantías Explícitas en Salud* señaladas precedentemente.
- *Plan complementario* de salud, el que incluye:
 - Examen de medicina preventiva⁶.
 - 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 Salud⁷.
 - 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”).

Así pues, la relación que existe entre los términos anotados es de continente a contenido, siendo el de mayor extensión el Auge.

El Régimen General de Garantías en Salud (RGGS) o Régimen General de Garantías (RGS)⁸, es un instrumento que establece

⁶ Ver nota anterior.

⁷ Los artículos 31 y 32 de la Ley N° 19.966, establecen que, en la misma oportunidad en que se determinen las Garantías Explícitas en Salud se fijará, por decreto de los Ministerios de Salud y de Hacienda, la cobertura financiera para la modalidad de libre elección que el Fondo Nacional de Salud deberá otorgar, como mínimo, a sus afiliados y a los beneficiarios que de ellos dependan, decreto que tendrá el mismo plazo de vigencia que las mencionadas Garantías Explícitas. Asimismo, las modificaciones del decreto no podrán significar un crecimiento en el costo esperado por beneficiario de la modalidad de libre elección del Fondo Nacional de Salud, superior a la variación experimentada por el Índice General Nominal de Remuneraciones por Hora, calculado por el Instituto Nacional de Estadísticas o el organismo que lo reemplace, entre el noagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga las Garantías Explícitas en Salud que se está modificando y el noagésimo día anterior a la promulgación del decreto que contenga la respectiva modificación.

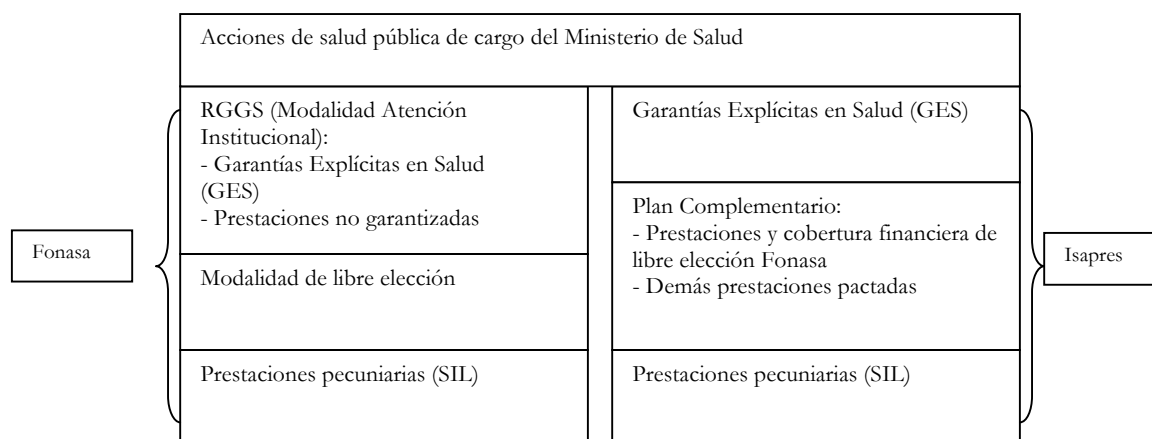
⁸ La definición se encuentra contenida en el artículo 1° de la Ley N° 19.966, que establece un Régimen de Garantías en Salud.

las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional. Se elabora de acuerdo al Plan Nacional de Salud⁹ 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.

La siguiente figura representa esquemáticamente los conceptos anotados:

AUGE



⁹ De acuerdo al numeral 8 del artículo 4° del DFL N° 1, de 2005, de Salud, le corresponde al Ministerio de Salud "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"

ASPECTO PENDIENTES DE EJECUCIÓN: Cumplimiento de las garantías GES Y NO GES.

a) La ley estableció que determinados problemas de salud deberían ser cubiertos por los Seguros de Salud (Fonasa e Isapre) con determinadas garantías. 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:

a.- Las GES son elaboradas Ministerio de Salud y se aprueban por Decreto Supremo de dicho Ministerio el que también es suscrito por el Ministro de Hacienda.

b.- Las GES deben ser aseguradas obligatoriamente por FONASA e Isapres a sus respectivos beneficiarios.

c.- 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.

d.- 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.

En cuanto a la garantía de oportunidad, De acuerdo a la letra c), del artículo 4º, 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”.

b) En cuanto a la garantía 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. Cabe Señalar que recién el año 2009 se dicta el reglamento respectivo para avanzar hacia la acreditación de prestadores públicos y privados y se establece un período de varios años en forma voluntaria.

c) La ley establece que al momento de iniciarse la aplicación del GES todos los establecimientos de salud debieran indicar en forma expresa el nivel de tiempo de espera para las patologías no GES, de forma de evitar que sirvan como variable de ajuste, alargando las colas de las patologías no GES .

NORMAS JURIDICAS PERTINENTES: Ley 19.966, y Libros I y II del DFL N°1, de 2005, de Salud.

PROBLEMA VIGENTE: El Ministro de Salud ha reconocido públicamente una “lista de espera auge ”, la que de acuerdo a la ley no puede existir, ya que en caso de no cumplirse con la garantía de oportunidad la Superintendencia de Salud tiene la facultad para designar el prestador privado en el que debe atenderse el beneficiario, de costo íntegro de Fonasa.

Asimismo, aún no entra en vigencia la garantía de calidad relacionada con la obligación de contar con prestadores institucionales acreditados en calidad, para conformar una red de prestadores para cumplir las GES.

Finalmente cabe señalar también que se ha reconocido públicamente que los tiempos de espera para las patologías no GES han aumentado ya que no se ha publicado nunca el estado de estos tiempos de espera por establecimiento.

Se ha observado una baja utilización del GES por lo engorroso de su tramitación y por la falta de información para acceder a sus beneficios en especial en el sistema privado pero también en el sistema público.

OPCIONES Y RECOMENDACIONES:

a) Generar sistemas de evaluación “públicos” que permitan

- transparentar el cumplimiento de las garantías GES y los tiempos de espera de las patologías no GES. Lo más relevante hoy es tener claridad con el cumplimiento de las garantías de oportunidad en el sector público.
- b)** Se debe establecer un cronograma de implementación de la garantía de calidad en los sistemas público y privado, partiendo a la brevedad con la acreditación en forma obligatoria para todos los establecimientos de salud del país públicos y privados introduciendo la variable calidad al mercado de la salud en forma decidida, de forma tal que en un plazo conocido se pueda aplicar la garantía de calidad que establece el GES.
 - c)** Establecer sistemas expeditos para que la gente reclame el incumplimiento de las garantías, tanto en FONASA como en Isapres, supervisados por la Superintendencia de Salud.
 - d)** El FONASA debiera establecer sistemas de compra de servicios muy expeditos para que la gente resuelva sus problemas de salud cubiertos por el GES casi en forma automática cuando los plazos no se han cumplido. Para evitar problemas de calidad, FONASA debiera exigir en forma obligatoria a las instituciones de salud que se inscriban estar acreditadas y registradas en la Superintendencia de Salud para la patología que postulan otorgar, asimismo para evitar la selección positiva de riesgos por parte de los prestadores , el FONASA debiera desarrollar un sistema de seguros de Stop Loss para que el riesgo de los prestadores sea acotado , el cual sería financiado con parte del precio de las prestaciones.
 - e)** Ayudaría como una señal, aunque técnicamente no sea estrictamente necesario, a que el Fonasa redacte e implemente el reglamento de la ley 19.650 que lo consagra como seguro público de salud y que esta pendiente desde el año 2000.

ASPECTO: Priorización de Problemas de Salud y su evaluación.

El objeto del Auge (GES) fue priorizar en base a criterios epidemiológicos, costo efectividad, preferencias sociales, tecnologías disponibles, entre otros aspectos, los problemas de salud que “la sociedad chilena” decidiera garantizar, mediante un mecanismo que la ley definió (participación de un consejo consultivo y proceso de participación).

NORMAS JURIDICAS PERTINENTES: El proceso de elaboración de las GES es complejo, es decir, para llegar a la dictación del decreto supremo que las contiene, la Ley N° 19.966, complementada por el Decreto Supremo N° 121, de 2005, de Salud, exigen que se cumplan una serie de etapas o trámites.

PROBLEMA: Se ha anunciado por sola decisión Ministerial el aumento de problemas de salud en las garantías vigentes, sin haberse realizado una evaluación del funcionamiento del sistema ni considerar el procedimiento que definió la ley para incluir las garantías.

OPCIONES: Cumplir con todos los procesos que la ley regula para la inclusión de otros problemas de salud, analizando previamente los problemas y garantías vigentes a la fecha.

Desarrollar bajo el liderazgo del Ministerio de Salud un equipo de tarea que incluya al Fonasa y a la Superintendencia, en la elaboración de una metodología de evaluación de la Reforma en general y del AUGE o GES en particular, con participación de organismos internacionales para el análisis comparado y con la implementación de un observatorio nacional con participación universitaria y de la sociedad civil con el fin de hacer un seguimiento.

ANEXO 2

HOSPITAL CARLOS VAN BUREN UNIDAD DE EMERGENCIA DE ADULTOS

Dr. Guillermo Pardo Novoa
Director Hospital Carlos Van Buren
Médico Cirujano
MBA en Salud, Universidad Andrés Bello

El Hospital Carlos Van Buren (HCVB) es el más antiguo, el más grande y el más complejo de la Región de Valparaíso. Se define como un hospital macroregional por prestar sus servicios a las Regiones de Valparaíso y Coquimbo en diversas especialidades. Además, posee la única Unidad de Emergencia de Valparaíso y las únicas Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA), Pediátrica (UCIP) y Neonatal(UCINeo) del Servicio de Salud, todas ellas con acreditación neuroquirúrgica que prestan sus servicios a la red pública y privada. Pertenece al Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio y asume una población de 469.000 habitantes que sube a 1.500.000 si se considera su estatus de Hospital Regional de hecho. Su inserción en la comuna de Valparaíso lo hace responsable de una población vulnerable, añosa, con alta tasa de desempleo y alto índice de pobreza.

Como consecuencia del terremoto de 1985, el HCVB, que era un hospital de adultos, tuvo que recibir a los servicios pediátricos y la maternidad de otros establecimientos que desaparecieron y perdió su servicio de cirugía, que quedó ubicado en el actual Hospital Eduardo Pereira. Si esta decisión era difícil de entender en ese momento, resulta inexplicable que se mantenga hasta hoy sin modificaciones. El Hospital Eduardo Pereira es un hospital de adultos con servicios de medicina y cirugía con un perfil de cama básica, Unidad de Cuidados Intermedios de baja complejidad y sin servicios de urgencia.

Al inicio de este año el HCVB presentaba dos nodos en extremo críticos. Uno, el déficit de camas críticas que nos obligaba a comprar estos servicios a privados con alto costo económico, se solucionó en gran medida con un proyecto de ampliación que se habilitó en tiempo record.

El segundo nodo es la Unidad de Emergencia de Adultos, conocido popularmente como la Urgencia o la posta de urgencia.

De acuerdo a estudios del Ministerio de Salud, las Unidades de Emergencia del HCVB con 325.000 consultas por año, sumaron 100.000 más que cualquier otro Hospital del país. Pero las unidades de emergencia Gineco-obstétrica y la Infantil (UEI) logran resolver con más o menos dificultades la demanda ambulatoria y no son las que concentran las preocupaciones de la Dirección del Hospital ni la observación de la prensa, sobretodo en los períodos de mayor consulta en invierno.

Nuestro segundo nodo crítico, la Unidad de Emergencia de Adultos (UEA), con 175.000 consultas el año 2009, es la UEA con mayor número de consultas del país a mucha distancia de las demás, concentra las consultas de urgencia del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio y recibe derivaciones y consulta espontánea de las comunas vecinas que corresponden a otros Servicios de Salud. Esto, sumado a una Atención Primaria que se ha hecho progresivamente insuficiente.

Por otro lado, con 11.752 hospitalizaciones el mismo año, es la tercera del país en este rubro, después del Hospital Barros Luco y de la Asistencia Pública. A pesar de estas cifras la atención de urgencia no se detiene. Debido al alto número de hospitalizaciones --justificadas en el 98.9% de los casos según auditorías realizadas mensualmente--, se utilizan las 18 camillas de la sala de agudos, que son la única estructura reconocida para hospitalizar en nuestra urgencia. Pero lo habitual es que éstas no sean suficientes y se instalen camillas supernumerarias dentro de esta sala, totalizando 32 camillas ocupadas en dos salas diseñadas para 18 pacientes. El promedio de pacientes que amanece en la UEA (hospitalizados en las últimas 24 horas más aquellos que no pudieron trasladarse) es de 41, con peaks de 67. En un día promedio quedan ocupadas las dos salas con todas las camillas supernumerarias y hay 9 pacientes en camillas en los box de atención. En los casos, ya no tan raros, en que se alcanza la cifra peak, los pacientes ocupan los box de atención general de hombres y mujeres -- total 20 camillas-- una al lado de la otra; el box de atención traumatológica --2 camillas-- y el box de tratamiento con 2 camillas. Los 11 pacientes restantes quedan a la entrada de las salas o en el hall central de la unidad. En ocasiones

es imposible tener a los últimos hospitalizados en camillas, pues éstas son necesarias para trasladar a los pacientes en evaluación a realizarse exámenes o procedimientos en otras dependencias del hospital. En estos casos, la hospitalización se realiza en silla de ruedas o colchonetas con lo que la seguridad y la dignidad inherente a este acto, desaparece. Llegado este punto la pregunta es ¿dónde atender a los pacientes? Se utiliza el box del selector de demanda (una camilla) que ejerce a partir de ese momento el rol de selector y de box de urgencia; también se usa el box asignado a la atención de detenidos e imputados (una camilla), con lo que se enlentece gravemente la atención. En esos momentos, una UEA de alta complejidad empieza a trabajar con dos camillas de atención y cinco de sus médicos de urgencia sin la infraestructura para trabajar. Por otra parte, el personal que se desempeña en sala ve como se triplica el número de pacientes que reciben en relación a lo programado. Por cierto, hemos solicitado reiteradamente un aumento de la dotación de enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio para esta unidad, pero esa decisión ya no depende de la dirección del hospital.

Después de un fin de semana --más aún si se trata de un fin de semana largo--, la UEA amanece con pacientes hospitalizados en camillas, excediendo la capacidad de salas y box de atención. La comunicación al Director del Hospital señala que se debe dedicar gran parte de la mañana y continuas visitas durante la tarde para evaluar el progreso de la situación. Los jefes de servicios clínicos adelantan la visita de sus especialistas a la unidad para decidir posibles altas para tratamientos ambulatorios; para que den altas en sus propios servicios para entregar camas a la urgencia y los cirujanos de urgencia resuelven quién debe operarse, quién puede ser observado ambulatoriamente y quien está en condiciones de ser trasladado al Hospital Eduardo Pereira (HEP), pues recordaremos que nuestro Hospital carece de Servicio de Cirugía. La entrega de camas por el HEP es tardía e insuficiente, pues recién después de las 17 hrs. de cada día sabemos con cuántas camas contaremos en dicho centro hospitalario, lo que muchas veces significa que los pacientes operados el día anterior no se pueden evacuar y debemos suspender programaciones de pabellón electivo, ya que la sala de recuperación está bloqueada por post operados de la urgencia. A todo lo anterior se suma la hospitalización de pacientes psiquiátricos. El Hospital Psiquiátrico del Salvador, correspondiente a nuestro Servicio de Salud, no tiene residencia psiquiátrica por lo que dichos

pacientes deben ser tratados la mayor parte del día por no especialistas, sin los medios necesarios para una adecuada contención. Una solución parcial, existente desde hace 2 años, es la contratación a honorarios de un médico psiquiatra con límite en el número de pacientes (hasta 6), solo en UEA y de lunes a sábado.

Nuestro diagnóstico ha sido muy claro; hay dos problemas que abordar:

- 1 Excesiva consulta de urgencia.
- 2 Alto número de pacientes hospitalizados que no tienen cama disponible dentro del HCVB ni de la red.

En el primer punto, especialistas y pacientes concuerdan en las insuficiencias de la atención primaria tanto en horas médicas como en su distribución y acceso. La alternativa en horario no hábil son los SAPUs (Servicio de Atención Primaria de Urgencia) que están ubicados en los grandes cerros de los extremos de Valparaíso lo que provoca una difícil derivación de pacientes cuando se selecciona la demanda y se refiere a dichos centros, ante la inseguridad de esta consulta por los limitados medios económicos de nuestros pacientes. Por esta razón nuestra urgencia realiza la prestación solicitada, lo que contribuye a aumentar la saturación y a prolongar los tiempos de espera. Además, el comportamiento sociocultural del habitante de Valparaíso, hace que éste busque sus soluciones, en todos los ámbitos, en el plan de la ciudad para retornar a su hogar en el cerro con las respuestas a sus requerimientos. Su historia y sus medios económicos no le permiten viajar de un extremo a otro de Valparaíso buscando soluciones, por esto, las busca y encuentra, con dificultades, en el plan. Por otro lado, la confianza que genera en la población de Valparaíso ser atendido en el HCVB donde lo recibe un especialista y están disponibles otros especialistas para interconsulta inmediata como traumatólogo, neurocirujano o urólogos, la posibilidad de exámenes de laboratorio e imagenológicos, incluidos TAC y Resonancia Nuclear Magnética en un plazo no superior a 6 a 8 horas genera una mayor sobrecarga de consultantes.

El segundo punto es efectivamente el más crítico, pues la gran demanda de consultas sería abordable, aún con todas las dificultades

señaladas, si los lugares destinados a la atención estuviesen disponibles para ello. La alta demanda de hospitalizaciones se genera por:

1. Las dificultades de la atención primaria para resolver patología crónica y la imposibilidad de hacer frente a la morbilidad aguda, sumado a su baja resolutiveidad, alta rotación de profesionales médicos, limitada experiencia de los mismos y baja validación frente a su comunidad.
2. Nuestra condición de centro de referencia formal, sobre todo en neurocirugía, e informal en otras especialidades como otorrinolaringología y oftalmología.
3. Nuestra condición de hospital de especialidades, genera una necesidad adicional de camas para resolver problemas de salud GES.

Para enfrentar estas dificultades se ha adoptado una serie de medidas dentro del HCVB. Podemos anotar las siguientes:

1. Creación de la Unidad Médica de Agudos (UMA -14 camas) que contribuye a resolver las necesidades de hospitalización de la patología aguda médica.
2. Creación de la residencia médica del Hospital Van Buren, que se concretó con la gestión de recursos propios del hospital, para resolver una necesidad de antigua data que no se había abordado por carecer de los cargos para ello. Con esta medida los médicos de urgencias se concentran en la urgencia.
3. Incorporación de un tercer internista por turno (6 médicos 28 horas) con cargos aportados por el Ministerio de Salud en junio de 2010.
4. Prolongación de la función gestión de camas a través de la coordinación del jefe de turno de UEA y la residencia de enfermería.

5. Auditorías de pertinencia de hospitalización, que se realizan en forma periódica.
6. Entrega a la UEA de 2 cargos de enfermera para apoyo diurno para reforzar la atención ambulatoria (redistribución de cargos al interior del HCVB por desvinculaciones)
7. Entrega de 3 cargos de técnicos paramédicos diurnos para mejorar la gestión de los traslados requeridos y atención ambulatoria (redistribución de cargos al interior del HCVB por desvinculaciones).
8. Creación en el HEP de 40 camas básicas médico-quirúrgicas para responder básicamente a la demanda del HCVB (con recursos aportados por el Ministerio). No ha tenido el impacto esperado, persisten serias dificultades en la contratación de Médicos Internistas y de Enfermeras.

No obstante, a pesar de los esfuerzos desplegados, la mejoría de la situación aún es precaria, y el escenario de cada mañana se repite en general en los mismos términos. Además de la limitación, fácil de entender, en el número de camas, existe dificultades en la gestión de las mismas, pues ambos hospitales asumen sus responsabilidades en relación a pacientes GES y a sus programas de reducción de listas de esperas, lo que ha provocado que la necesaria complementariedad y transparencia, en muchas ocasiones no se produzca. El director del HCVB no tiene atribuciones para disponer de las camas del HEP, pues esto queda entregado al criterio del médico residente de dicho hospital o al gestor de camas del mismo.

El HCVB carece de servicio de cirugía adulto, por lo que es imperativo que el HEP reciba los pacientes post operados en la UEA, los que se deben tratar y estudiar en dicha especialidad, situación que no ocurre debido a las razones antes señaladas.

La situación financiera del Hospital no permite que se compre servicios de cama básica en el área privada.

Por lo anterior, formulamos la siguiente propuesta:

1. Nivel Atención Primaria de Salud

- 1.1 Hemos comprometido nuestros esfuerzos para mejorar la calidad de la atención en la APS a través de programas de capacitación realizados por nuestros especialistas y la asistencia de ellos a la APS en las especialidades que la dotación de horas lo permite.
- 1.2 Creación de SAPU en el plan de Valparaíso con el fin de que la población de la comuna pueda acceder fácilmente a una atención de urgencia. Que el médico de UEA pueda seleccionar efectivamente la demanda y referir la consulta del paciente, no urgente ni grave, a un servicio cercano, accesible para la población. Esto contribuiría a descomprimir la atención de urgencia y permitiría que a lo menos en lo ambulatorio, la UEA pueda dedicarse a resolver la patología estrictamente urgente y grave, mejorando la calidad y dignidad de la atención brindada.

2. Nivel Hospitalario

- 2.1 En relación al alto número de hospitalizaciones sin respuesta por parte de la red, se han diseñado diversas soluciones que no han aportado a la solución definitiva de este problema. Se ha discutido la posibilidad de cambiar de ubicación al servicio de cirugía del HEP al HCVB, y entregarle los servicios de otorrinolaringología (ORL) y oftalmología (OFT), también se ha hablado de trasladar los servicios materno infantiles al HEP para convertir a nuestro hospital en un hospital de adultos y también se ha planteado dejar a uno de los 2 hospitales con las 4 especialidades básicas y al otro con las subespecialidades.

Todas estas propuestas y muchas otras tienen la debilidad de limitar la necesaria complementariedad entre las diversas especialidades. Por ejemplo, no es posible tener una unidad de paciente crítico sin interconsultor de ORL o nefrología. No parece razonable tener servicios pediátricos separados del área crítica y de urgencia, etc.

- 2.2 Como se ha dicho anteriormente, una de las limitaciones mas graves es la gestión consensuada y transparente de las camas de la red. Esto mejoraría ostensiblemente designando un gestor de camas

para la red, con el poder suficiente para disponer de las camas de acuerdo a las necesidades.

2.3 Una propuesta, siempre posible es aumentar el número de camas. Estamos convencidos de que esta solución por sí sola no cambiará las condiciones de atención del paciente hospitalizado.

2.4 El mejoramiento de la complementariedad de ambos hospitales y la creación de un servicio de cirugía adulto en el HCVB son objetivos centrales de cualquier propuesta. A través del tiempo hemos abordado el tema con soluciones de bajo impacto y de bajo costo. Valparaíso y su gente merecen una solución definitiva, ya que es indigno que un paciente recién operado en la urgencia, deba ser trasladado a otro hospital ubicado a 4 kilómetros de distancia en ambulancia en una ruta poco apta para estos efectos.

Hemos propuesto reiteradamente la creación de un Complejo Hospitalario de Valparaíso, construyendo en un terreno aledaño al HCVB el nuevo HEP y la normalización del HCVB, lo que permitiría la integración de ambos hospitales en la resolución de pacientes que les son comunes; nuestros pacientes de críticos tendrán las interconsultas de cirugía sin depender ni sobrecargar a la unidad de emergencia, los pacientes de cirugía y medicina del HEP podrán acceder a imagenología compleja (TAC, RNM y angiografía) y a interconsultas de las diferentes especialidades, todo esto sin los riesgos del traslado. Otro hecho positivo lo constituye la posibilidad de centralizar las unidades de apoyo clínico, administrativo y logístico.

En el corto plazo, esta solución es la más costosa desde el punto de vista de inversiones, pero es la más rentable en el mediano y largo plazo, sobre todo porque impactaría directamente la calidad de la atención y la seguridad y dignidad del paciente.

Mientras se produce lo anterior, continuar mejorando la gestión clínica, la gestión de camas, nominar un gestor de camas de la red, eventualmente ampliar el número de camas médico quirúrgicas en la red y seguir buscando espacios para mejorar la gestión.

Conclusión

La historia de la atención de salud en Valparaíso no permite soluciones parciales o pequeñas; ya se ha hecho bastante en este sentido, sin resultado. Necesitamos una solución racional pero audaz que convoque a los equipos de salud y a los porteños. No debemos olvidar que seguimos siendo el articulador de la red asistencial de la región de Valparaíso.

ANEXO 3

Perspectiva desde un Gestor de Red

Dra. Maria Begoña Yarza

Médico Cirujano

Especialista en Pediatría U. de Chile

Magister en Salud Pública Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

Profesora de Pediatría y Salud Pública Universidad Diego Portales

Directora Servicio de Salud Metropolitano Sur

El Servicio de Salud Sur (SSMS) abarca un territorio extenso que comprende 11 comunas. Representa una población de 1.135.000 mil habitantes y, de ellos, 935 mil son dependientes del seguro público, Fonasa. De las 11 comunas, 7 están por debajo del promedio de pobreza de la Región Metropolitana. El Director del Servicio tiene a su cargo la conducción de 6 hospitales públicos y 1 hospital de derecho privado vinculado mediante convenio de compras de servicios al Servicio de Salud Sur. Además, ejerce supervisión técnica sanitaria de 34 centros de salud primarios, 20 Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), 5 Centros de Salud Mental y otros dispositivos instalados en las comunas.

Esta red tiene una oferta de 1.440 camas de adulto y 334 infantiles. Aunque es el segundo servicio más grande de Chile, tiene una tasa de 1,2 camas por 1000 habitantes que es la segunda más baja del país. (Promedio de Chile: 2,4 camas por 1000 habitantes).

Por la extensión del territorio y su heterogeneidad, se han diseñado cinco microredes locales, cada una constituida por un hospital base y los centros de salud primarios con los servicios de urgencia primarios (SAPU). Uno de los resultados de este diseño es que hemos conseguido que las consultas de urgencia hospitalaria sean cada vez más pertinentes, sólo de los casos más graves.

Desde la mirada de la optimización de las redes electivas la experiencia ha sido satisfactoria, pues se instaló capacidad de resolución en las redes primarias en líneas que tenían demanda insatisfecha: oftalmología con la implementación de las Unidades de Atención

Primaria Oftalmológica en 3 comunas y en rehabilitación con la implementación de 19 salas en la atención primaria de nuestra red. Es un servicio que otorga más de dos y medio millones de consultas anuales, entre electivas y de urgencia de atención secundaria o primaria; se operan 60 mil pacientes y nuestros hospitales registran 60 mil egresos anuales. La ocupación de sus camas es casi de 90% como promedio todo el año.

Atendemos a una población envejecida, que es portadora de gran comorbilidad y por lo tanto de atención más compleja. En el hospital base del SSMS, el Hospital Barros Luco, se ha desarrollado un sistema de evaluación de los problemas de salud según niveles de consumo de recursos (GRD) que refleja, entre otras cosas, la complejidad del problema de salud. El promedio del peso de los GRD en los últimos 3 años ha aumentado de un promedio de 1.5 (2007) a 2.0 (2010).

El Ejercicio de la Gestión de Redes

El objetivo del Gestor de Red es movilizar a esta organización territorial, compleja y heterogénea, tras el logro de generar valor público en cada una de sus acciones de promoción, prevención, curación o rehabilitación. Valor público lo entendemos como el logro de resultados sanitarios que fortalecen a la organización y dejan a una ciudadanía cada vez más satisfecha. Para esto se requiere, además, reunir en este esfuerzo a las organizaciones públicas y privadas del territorio.

¿Cuáles son los recursos con que cuenta el Gestor de Red para este propósito?

Las competencias: el liderazgo, debe tener la capacidad de proponer una visión de la red, tiene que hacerlo co-construyendo para que esta sea compartida por los funcionarios y los ciudadanos.

Los trabajadores de la salud requieren no solo de un discurso técnico riguroso, sino que debe ser sintónico con una cultura llena de emoción. Los que nos dedicamos a la salud de las personas, en lo íntimo de nuestra motivación, debemos tener vocación de servicio público. En esta empresa sólo es posible generar algún resultado si se trabaja en equipo. También existe una cierta inercia, la innovación no es el

atributo más frecuente. El fortalecimiento de estas inercias no es fruto solamente de las personas, sino que tiene que ver con el modo en que el sistema direcciona los incentivos.

El marco legal: la ley de los servicios de salud de 1979 y la de autoridad sanitaria instalan elementos de descentralización de las decisiones. En la ley de autoridad sanitaria se avanza en la perspectiva de la gestión en red y declara al Gestor de Red como el agente movilizador de éstas en pos de los objetivos sanitarios. Se ha avanzado en este sentido pero aún la velocidad y plasticidad es insuficiente para responder a las nuevas demandas sanitarias u otros requerimiento como avances tecnológicos, tanto terapéuticos como diagnósticos. En este contexto aparece la autogestión hospitalaria en red que exige a los hospitales un comportamiento “administrativo-financiero” más ordenado, un cierto estándar para que garantice el buen uso de las atribuciones que se entregan al director.

La reforma de salud: el cumplimiento de las garantías exige a las organizaciones de salud gran capacidad de respuesta, eso significa manejo moderno de la información sanitaria, de gestión y administrativa. Se requiere, además, estrategias de gestión por procesos y la profesionalización de las tareas de gestión.

¿Qué nos falta?

Diferenciación de las funciones: aún existen en los servicios de salud funciones que deben ser de la autoridad sanitaria (Seremi) o de otras estructuras del Estado, tales como los decomisos de drogas, el examen de ingreso a la Administración Pública o la acreditación psicológica a auxiliares de educación. Por otra parte la SEREMI tiene entre sus funciones la supervisión de las redes de salud, para lo cual tiene poca capacidad operativa.

Planificación y programación sanitaria territorial: para que se señalen las demandas de la red, no sólo las expresadas (utilización de servicios sanitarios y listas de espera) sino que las potenciales, que se manifiestan en datos de prevalencia e incidencia de los problemas de salud, de los factores de riesgo en la población y se plantee la optimización de la oferta. Este momento organizacional debe ser sistemático y debe tener un correlato con el ministerio y en Fonasa.

Hoy sólo existe un proceso de programación de ciertos problemas de salud y de algunas prestaciones que significa entre un 40 a 50% de la producción hospitalaria.

Generar mecanismos de negociación de los recursos entre los servicios de salud y ministerio-Fonasa- ministerio de Hacienda: Si existiese la instancia organizacional de la planificación o programación sanitaria de la red debiera existir un espacio de negociación de los recursos. Hoy el presupuesto de los servicios es definido centralmente, no participamos en su definición.

Los mecanismos de negociación están dispersos y no son anticipados. En temas de presupuestos no existe negociación, sólo envío de propuesta presupuestaria a Subsecretaría en septiembre. En temas de RRHH se envían propuestas de expansiones en julio. Existe negociación de producción valorada con Fonasa limitada por marcos presupuestarios y no con demanda y capacidad productiva. Existen negociaciones con equipos locales para líneas programáticas específicas sin relación con el Gestor de Red ni direcciones de hospitales. La reajustabilidad de ingresos (aranceles) no se relaciona con incrementos de remuneraciones acordados centralmente. Criterios de indexación del per cápita base (APS) debiera ajustarse a condicionantes locales (pobreza, ruralidad y vejez).

Los recursos para reposición de equipamiento y tecnología representan solo un 0,45 por ciento anual del valor del equipamiento. En este sentido, ningún tema que tenga relación con las inversiones es parte de la negociación de recursos para cumplir la programación de prestaciones valoradas. Cuando se realiza esta negociación el marco presupuestario está zanjado y sigue operando la lógica de privilegiar la inversión centralizada.

El recurso humano es asignado desde el ministerio respondiendo a las líneas programáticas centrales y a requerimientos de los equipos técnicos locales “no gestores” de los hospitales; poco participa el Gestor de Red en esta asignación de recursos, por lo que no existe el rol del servicio en la mirada de priorización u optimización de los recursos para cumplir con las metas del propio servicio de salud.

Con el cambio epidemiológico, el envejecimiento de la población, aumento de las enfermedades crónicas, la mayor carga de enfermedad en pacientes beneficiarios y el aumento en las expectativas de calidad de la atención es necesario avanzar en la profesionalización de la atención y de las tareas de gestión, siendo aun más crítico en el contexto actual de la gran brecha de especialistas, brecha de competencias, rigidez de las plantas (no modernizadas) y cambios en las plantas en función de negociación con gremios centralizadamente. Por ejemplo, el artículo 44 de la ley 15.076, que confiere el derecho a los médicos después de 20 años trabajando en urgencia de dejar de hacer los turnos nocturnos manteniendo la remuneración, aunque legítimo, no permite al Gestor distribuir este recurso joven y con experiencia a otras tareas asistenciales que no sean las que él acepte. Es decir, aumenta la planta de artículo 44 pero no es posible gestionarla. Los problemas anteriores se han abordado mediante mecanismos de ajuste frágiles como contratos a honorarios permanentes, distorsión de cargos disponibles (sin financiamiento), aumentos de grado, sin presupuesto por cambios en el mercado (escasez), aumentos de asignaciones a especialistas y reemplazos por ausentismo no gestionable.

El excesivo centralismo impide disponer de los diagnósticos de las necesidades sanitarias locales, de información dinámica sobre demanda explícita insatisfecha, optimización de procesos y recursos locales y de diseños desde la demanda, integrales, territoriales e incluso intersectoriales.

Rediseñar los mecanismos de financiamiento de los hospitales: hoy el financiamiento en los hospitales más complejos reconoce un 50% de la actividad valorada, pero esta valoración de las prestaciones no incluye elementos como el desgaste del equipamiento ni de la infraestructura. En el resto de las actividades tienen un arancel extremadamente subvalorado, como lo es el arancel institucional de Fonasa, con el que se determina la actividad realizada no valorada. Por ejemplo: la fractura de cadera, problema de salud emergente, que ocurre con mayor frecuencia en mujeres ancianas, tiene un valor de transferencia de 700 mil pesos. Es una operación compleja, con gasto de insumos caros, con varios días previos y posteriores a la intervención quirúrgica en UCI. Cualquier estimación supera con creces ese valor. Con este sistema de financiamiento sólo es posible sustentar la producción

disminuyendo la calidad de la prestación. Lo más probable es que no disminuya la calidad en el procedimiento y el aspecto más técnico, pero sí que ocurra en la calidad del servicio total. Tampoco existe ningún factor que corrija el presupuesto por la complejidad de los problemas de salud. Hoy se está desarrollando la metodología de los grupos relacionados de diagnóstico, GRD, que puede ser un camino que reconozca el peso de la complejidad creciente en nuestros hospitales.

Un 51% del presupuesto anual corresponde a prestaciones institucionales (PPI). No reconoce capacidad instalada, que es un costo fijo independiente de la demanda. El ejemplo más claro son las unidades de emergencia. Las unidades de emergencia, independientemente de la demanda, deben mantener un recurso humano disponible y capacitado las 24 horas del día.

Aún están ausente factores correctores que expresen las diferencias de las poblaciones asignadas por factores socioeconómicos que sabemos que representan la carga de enfermedad. Esta variable no sólo se expresa en el consumo de atenciones en centros de salud primario, que el per cápita reconoce, sino que también en su nivel de consumo de atención hospitalaria.

Se propone un modelo que incorpore estas variables: capacidad instalada, producción valorada ajustada por complejidad y población asignada con factores correctores.

Fortalecer los mecanismos de incentivos: estos deben ser los mecanismos necesarios para ir direccionando los cambios que el sistema requiere para generar valor público, tanto en lo organizacional como en los equipos de trabajo. Si no han logrado la efectividad deseada, se debe a la multiplicidad de incentivos que han ido sumándose en el tiempo con diferentes objetivos.

- Metas Sanitarias (Funcionarios Ley 18.834)
- Desempeño Colectivo Funcionarios Ley 19.664
- Compromisos de Gestión
- Convenios Desempeño Ley 19.882 A.D.P.
- Evaluación Establecimientos Auto gestionados
- Ascensos y Promoción Funcionarios Ley 18.834

- Acreditación Funcionarios Ley 19.664
- Metas APS

HPINO	META		ACTIVIDAD 2009				TRANSFERENCIA FINAL	
PROGRAMA	Q	\$	Q	%Q	\$	%\$	\$	Brecha
REDUCCIÓN DE BRECHAS (CB)	1.890	692.711.550	1.981	105%	779.779.130	113%	692.711.000	87.068.130
OTRAS PRESTACIONES	16.755	1.118.077.810	15.422	92%	1.247.766.980	112%	1.118.079.000	129.687.980
COMPLEJAS	160	70.245.000	142	89%	67.600.060	96%	46.986.000	20.614.060
GES	22.202	1.542.957.970	22.889	103%	1.645.202.930	107%	1.566.077.498	79.125.432
URGENCIA	161.300	3.442.904.000	172.336	107%	3.732.797.030	108%	2.712.576.736	1.020.220.294
SALUD MENTAL	9.820	142.938.700	11.753	120%	178.782.250	125%	142.939.000	35.843.250
TOTAL	212.127	7.009.835.030	224.523	106%	7.651.928.380	109%	6.279.369.234	1.372.559.146

El presupuesto 2010 de este hospital contempla para adquisición de activos no financieros (inversión real) de \$33.701 que representa el 0.2% de su presupuesto

INGRESOS		PPTO
Saldo inicial caja		0
Transferencias corrientes		12.419.963
Del sector privado		0
Minsal bienes salud pública		15.000
Subsal bienes salud pública		0
FONASA APS		201.455
FONASA PPV		6.769.816
FONASA PPI		5.433.692
FUPF		0
Renta de la Propiedad		0
Ingresos operación		694.485
Otros ingresos corrientes		243.767
Recuperación de prestamos		116.202
TOTAL ING. CORRIENTES		13.474.417
GASTOS		
Gastos en personal		9.968.374
Bienes y servicios de consumo		3.229.956
Prestaciones Seguridad Social		242.386
Prest. Seguridad Social FIR		242.386
Adquisición activos no financieros		33.701
saldo final caja		0
TOTAL GTOS. CORRIENTES		13.474.417

