

Electivo mención Gestión Pública

# “Gestión Estratégica en el Sector Salud”

Profesor

AP. Claudio Castillo

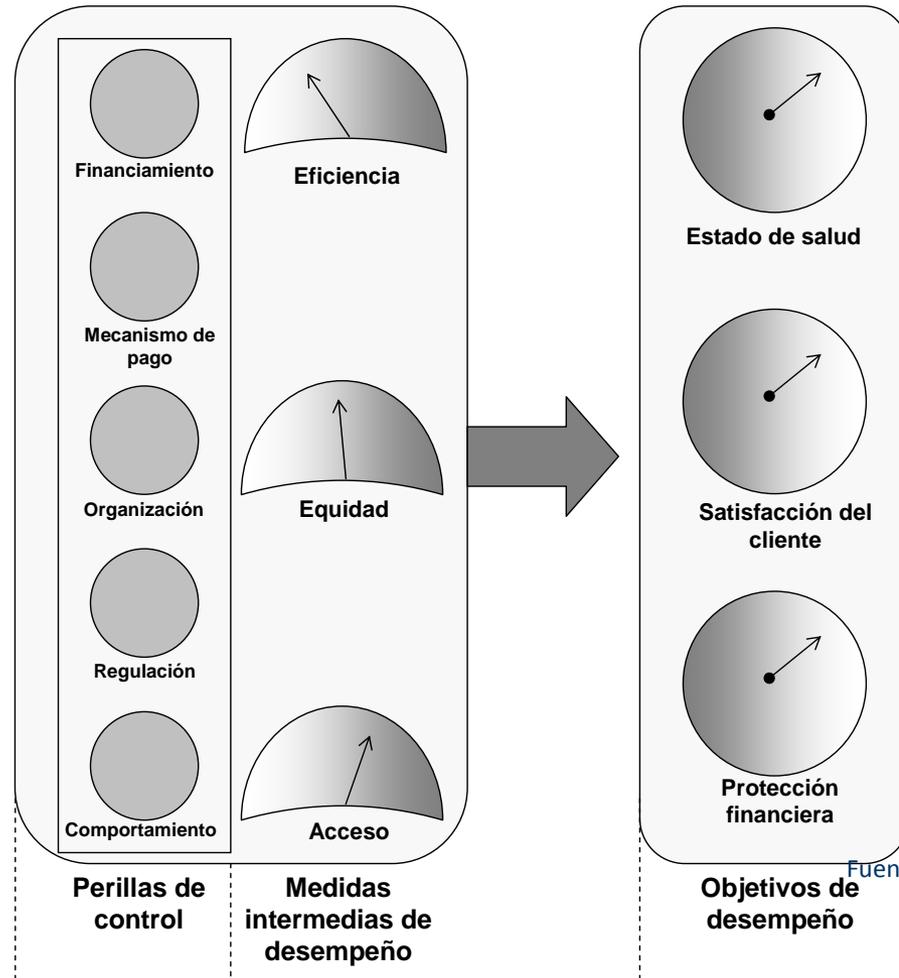


**Instituto de Asuntos Públicos**  
Escuela de Gobierno y Gestión Pública  
Universidad de Chile

## Clase N°7

# Financiamiento del Sector Salud en Chile

# Las cinco perillas de control



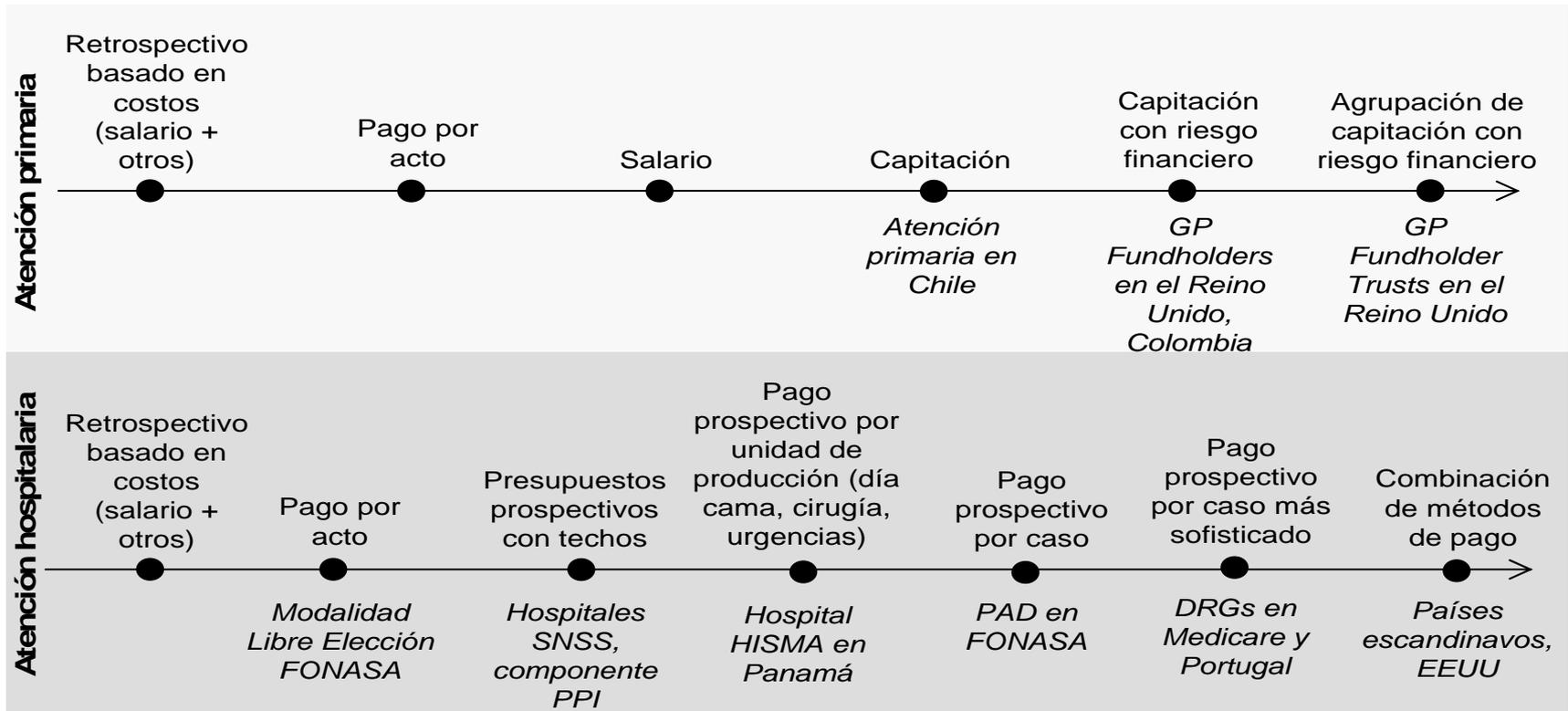
Fuente: Roberts *et al.* 2004

# Métodos de pago

*La OMS recoge la definición del Banco Mundial para mecanismo de pago: “la asignación de recursos (generalmente dinero) a organizaciones e individuos del sector salud a cambio de alguna actividad (por ejemplo, la entrega de servicios o la administración de organizaciones)”.*

Método de pago	Base de cálculo del pago	Ejemplo
Pago por presupuesto histórico	Presupuesto total del proveedor	El presupuesto pagadero al proveedor en el año 2003 es igual al presupuesto del año 2002 más un ajuste por inflación.
Salario	Número de empleados y sueldo mensual	Cada funcionario médico recibe mensualmente su sueldo fijo, independientemente de los tipos o las cantidades de atenciones médicas producidas.
Pago por acto	Cantidad de atenciones médicas de cada tipo otorgadas a pacientes	El proveedor recibe un pago de Y\$ por cada examen de orina + Z\$ por cada consulta ambulatoria + etc.
Pago por día	Número de días cama de pacientes hospitalizados	El proveedor recibe Y\$ por cada día cama ocupado durante el mes.
Pago por caso	Número de casos tratados para un diagnóstico dado	El proveedor recibe Y\$ por cada cirugía de hernia inguinal + Z\$ por cada parto normal + etc.
Pago por capitación	Número de personas cubiertas por el proveedor	El proveedor recibe periódicamente Y\$ por cada persona adscrita a él.

# Evolución histórica de métodos de pago en el mundo. Hitos y ejemplos



# Mecanismo de pago: agrupación de servicios e incentivos para el proveedor

Dimensión del desempeño del proveedor	Mecanismo de pago				
	Presupuesto	Pago por acto	Pago por día	Pago por caso	Capitación
	Control costo	Ningún incentivo	Mínimo		Máximo
Calidad	Calidad no reduce margen o utilidad	Mínimo		Máximo	Buena calidad sólo para casos que arrojen margen o que sean rentables
Tendencia a evitar casos complicados	Ningún incentivo para evitar casos complicados	Mínimo		Máximo	Alto incentivo para evitar casos complicados

Fuente: Ellis 2001.

# Características deseables de un método de pago

Idealmente, un mecanismo de pago debe reunir las siguientes características:

- Que promueva la coherencia interna del sistema de referencia y contra-referencia
- Que motive a proveedores a proveer servicios coherentes con metas sanitarias
- Que preserve o mejore la calidad
- Que promueva la equidad (que no lleve a comportamientos discriminatorios hacia pacientes)
- Que no produzca aumento del gasto
- Que mejore la eficiencia en la producción de los servicios al interior de cada ente prestador y al interior de la red
- Que sea sencillo
- Que sea financieramente sostenible
- Que sea transparente

# Aseguramiento de la Salud

En Chile el aseguramiento de la salud es obligatorio para los trabajadores formales y el financiamiento del sistema de Seguridad Social de salud, formado por FONASA e ISAPREs, se compone de cotizaciones, gasto de bolsillo y aporte fiscal.

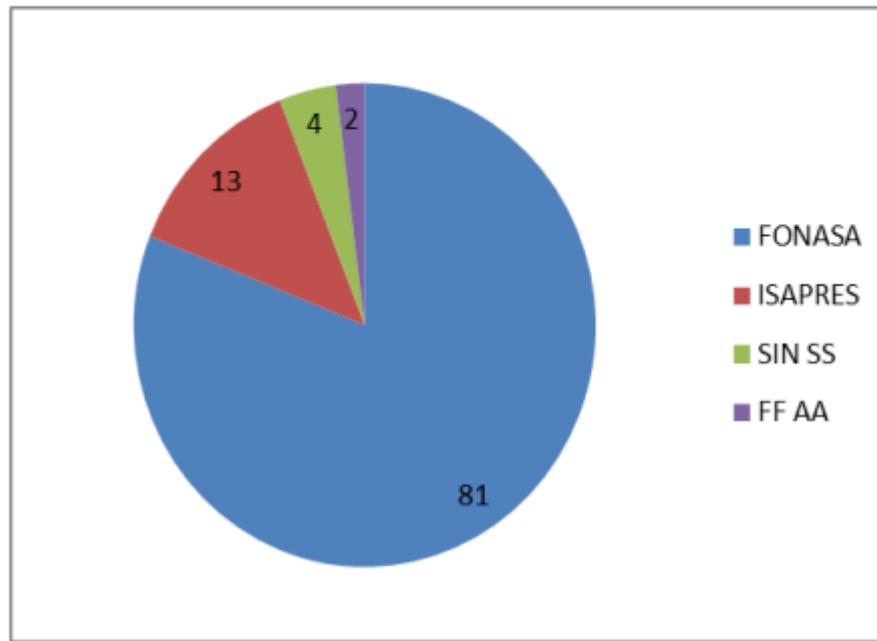
En FONASA las cotizaciones son obligatorias y de un 7% respecto del ingreso de las personas, con un tope de 4,2 UF. En las ISAPREs las primas están asociadas a ingreso y a riesgos y se conforman con el 7% obligatorio con tope igual que en FONASA, más un adicional voluntario sin techo alguno. En diciembre del año 2008 el promedio de cotizaciones en el sector ISAPRE era de 10,9% del ingreso de los cotizantes.

En teoría cualquier persona tiene derecho a elegir entre FONASA o alguna de las ISAPRES abiertas, y cambiarse si lo estima necesario. No obstante, por diversas razones, como la selección de riesgos y de prestaciones que opera en el sector privado, así como por los niveles de ingresos de las personas, esta libertad de elección en la mayor parte de la población es solo formal, lo que resulta característico de los sistemas segmentados por ingresos y riesgos.<sup>[1]</sup>

[1] Ver Larrañaga (1997) “Equidad y Eficiencia en el sistema de salud chileno”, CEPAL.

# Cobertura de Aseguradoras, Chile 2009

## UN INCREMENTO SIGNIFICATIVO DE LA COBERTURA 2009 (%)



2000
FONASA 66
Isapre 21
FFAA 3
Sin SS 10

# Estimación de los beneficiarios del seguro público de salud y participación respecto a otros sistemas

## Número de personas, años 1990 a 2009

AÑO	Seguro Público (1)	% Part.	Seguros Privados (2)	% Part.	Otros (3)	% Part.	Población (4)
1990	9.729.020	<b>73,1</b>	2.108.308	15,9	1.463.068	11,0	13.300.396
1991	9.414.162	69,5	2.566.144	18,9	1.563.320	11,5	13.543.626
1992	8.788.817	63,7	3.000.063	21,8	1.997.977	14,5	13.786.857
1993	8.537.786	60,9	3.431.543	24,5	2.060.762	14,7	14.030.091
1994	8.644.479	60,6	3.669.874	25,7	1.958.971	13,7	14.273.324
1995	8.637.022	59,6	3.763.649	26,0	2.094.551	14,4	14.495.222
1996	8.672.619	59,0	3.813.384	25,9	2.209.787	15,0	14.695.790
1997	8.753.407	58,8	3.882.572	26,1	2.260.383	15,2	14.896.362
1998	9.137.599	60,5	3.679.835	24,4	2.279.496	15,1	15.096.930
1999	9.403.455	61,5	3.323.373	21,7	2.570.671	16,8	15.297.499
2000	10.157.686	65,6	3.092.195	20,0	2.234.851	14,4	15.484.732
2001	10.156.364	64,9	2.940.795	18,8	2.561.472	16,4	15.658.631
2002	10.327.218	65,2	2.828.228	17,9	2.677.085	16,9	15.832.531
2003	10.580.090	66,1	2.729.088	17,0	2.697.251	16,9	16.006.429
2004	10.910.702	67,4	2.678.432	16,6	2.591.194	16,0	16.180.328
2005	11.120.094	68,0	2.660.338	16,3	2.569.544	15,7	16.349.976
2006	11.479.384	69,5	2.684.554	16,3	2.351.436	14,2	16.515.374
2007	11.740.688	70,4	2.776.912	16,6	2.163.172	13,0	16.680.772
2008	12.248.257	72,7	2.780.396	16,5	1.820.428	10,8	16.849.081
2009	12.504.226	<b>73,5</b>	2.776.572	16,3	1.733.693	10,2	17.014.491

**Fuente:**

Elaboración en base a Encuesta CASEN 1996, 1998, 2000, 2003 y 2006

Boletines Superintendencia de ISAPRE hasta el año 2004, Superintendencia de Salud desde el 2005 (Enero - Diciembre de cada año).

Proyecciones y Estimaciones de Población, INE 1990- 2050

# Gasto per capitado, Chile, años 2000-2009

## GASTO PERCAPITADO ASISTENCIAL EN SALUD, SEGÚN SISTEMA PREVISIONAL PÚBLICO Y PRIVADO, AÑOS 2000-2009

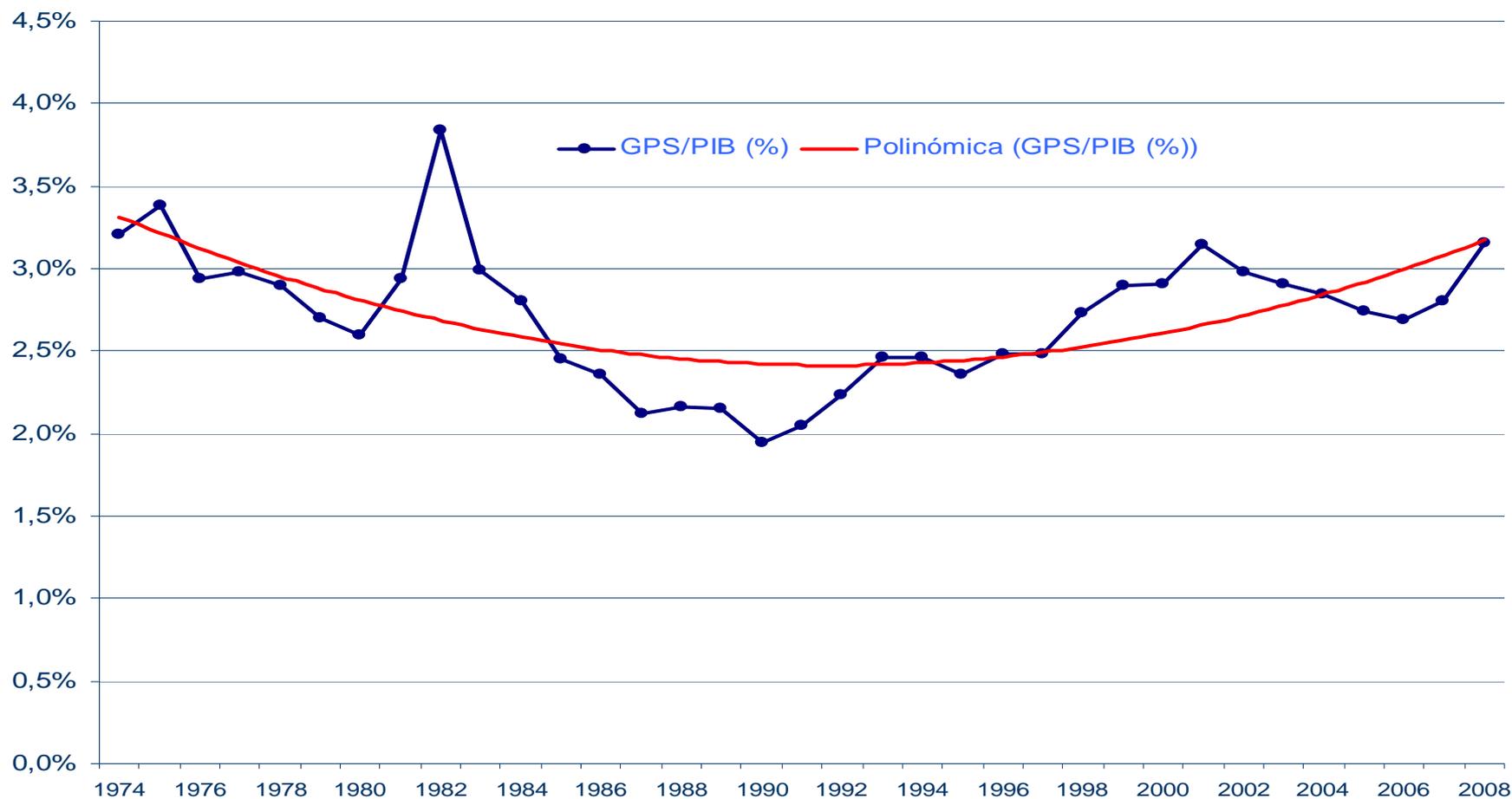
Cifras monetarias expresada en millones o miles de pesos de cada año

AÑO	Gasto Sistema Público (1)	Población Sistema Público	Gasto Per Capita Público	Gasto Sistema Privado (2)	Población S. Isapre	Gasto Per Capita Privado
	MM\$ c/año	Num. Beneficiarios	M\$ c/año	MM\$ c/año	Num. Beneficiarios	M\$ c/año
2000	535.675	10.157.686	52,7	423.807	3.092.195	137,1
2001	584.848	10.156.364	57,6	466.313	2.940.795	158,6
2002	888.777	10.327.218	86,1	494.010	2.828.228	174,7
2003	978.027	10.580.090	92,4	512.952	2.729.088	188,0
2004	1.096.303	10.910.702	100,5	536.232	2.678.432	200,2
2005	1.213.602	11.120.094	109,1	553.973	2.660.338	208,2
2006	1.468.306	11.479.384	127,9	600.366	2.684.554	223,6
2007	1.676.894	11.740.688	142,8	705.577	2.776.912	254,1
2008	1.950.607	12.248.257	159,3	816.162	2.780.396	293,5
2009	2.418.748	12.504.226	193,4	882.644	2.776.572	317,9

**Nota:** (1) Considera al Seguro Público de Salud FONASA, transferencias a Atención Primaria de Salud, PPV y PPI, y gasto MLE relativo a Fondo de Atenciones Médicas, no incluye copago. Años 2000 y 2001, aproximación (APS-PPV-PPI) mediante Gasto Actividad Interna PAD-PPP y actividad Externa APS. (2) Considera al conjunto de Instituciones de Salud Previsional (abiertas y cerradas), corresponde al Costo Operacional asociado al otorgamiento de Prestaciones de Salud. No incluye copago beneficiario. (3) Tipo de Cambio US \$1 = Chi \$422,21

**Fuente:** Subdepartamento de Estudios, Datos Sistema Privado, Superintendencia de Salud - Estado de Resultados Financieros, Datos Sistema Público de Salud, FONASA - Balance Presupuestario Fonasa.

# Análisis histórico del Gasto Público en Salud



Fuente: Elaboración FONASA, con datos del Balance Sector Salud - FONASA hasta el 2002 y en base a la ejecución presupuestaria Ministerio de Salud -DIPRES desde el año 2003.  
Documento "Financiamiento de la Salud en Chile", FONASA

# Financiamiento

En general, los sistemas de salud de América Latina y el Caribe se organizan en torno a tres subsectores:

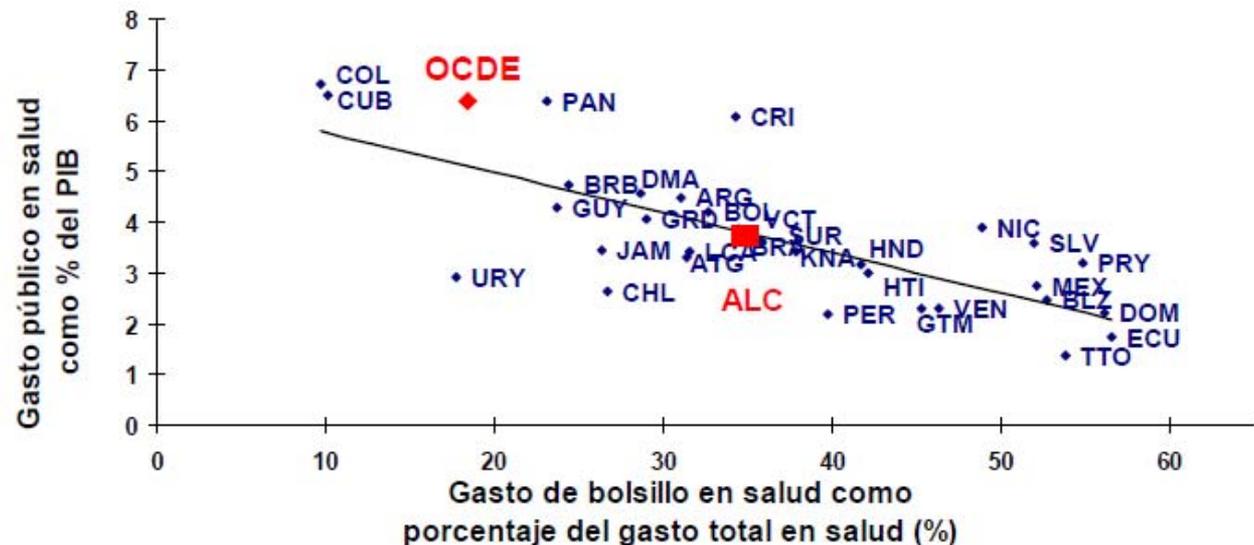
- público,
- seguridad social y,
- privado.

Esto refleja diversas fuentes de financiamiento:

- Impuestos
- Seguridad social (contributivo)
- Pago Privado

La región se caracteriza por un alto grado de gasto privado, que es notoriamente regresivo (Titelman, D., CEPAL, en FONASA 2008).

## Inequidad: gasto de bolsillo en salud



Fuente. Titelman, Daniel. CEPAL.  
Documento "Financiamiento de la Salud en Chile", FONASA

# Nivel de financiamiento

País	PGB Percápita	PIB Percápita en Salud	GPS/PIB (%)	Esperanza de Vida	Mortalidad Infantil
	( US\$ PPA 2007)	(US\$ 2006)		(años)	(tasa por mil nv )
Portugal	20.890	1.864	<b>10,2</b>	79	4
Argentina	12.990	551	<b>10,1</b>	75	16
Grecia	32.330	2.280	<b>9,5</b>	80	4
Hungría	17.210	929	<b>8,3</b>	73	7
Brasil	9.370	427	<b>7,5</b>	73	22
Polonia	15.330	555	<b>6,2</b>	75	7
Chile	12.590	473	<b>5,3</b>	78	9
Venezuela	11.920	332	<b>4,9</b>	75	19
Malasia	13.570	252	<b>4,3</b>	72	11

Fuente: Elaboración FONASA, con datos de “Estadísticas Sanitarias Mundiales”, OMS 2009.  
Documento “Financiamiento de la Salud en Chile”, FONASA

# Financiamiento

## Financiamiento en salud

Sector Público

Sector Privado

DIRECTO

COTIZACIONES

GASTOS DE BOLSILLO

Aporte  
Fiscal

Aporte  
Municipal

FONASA

Mutuales

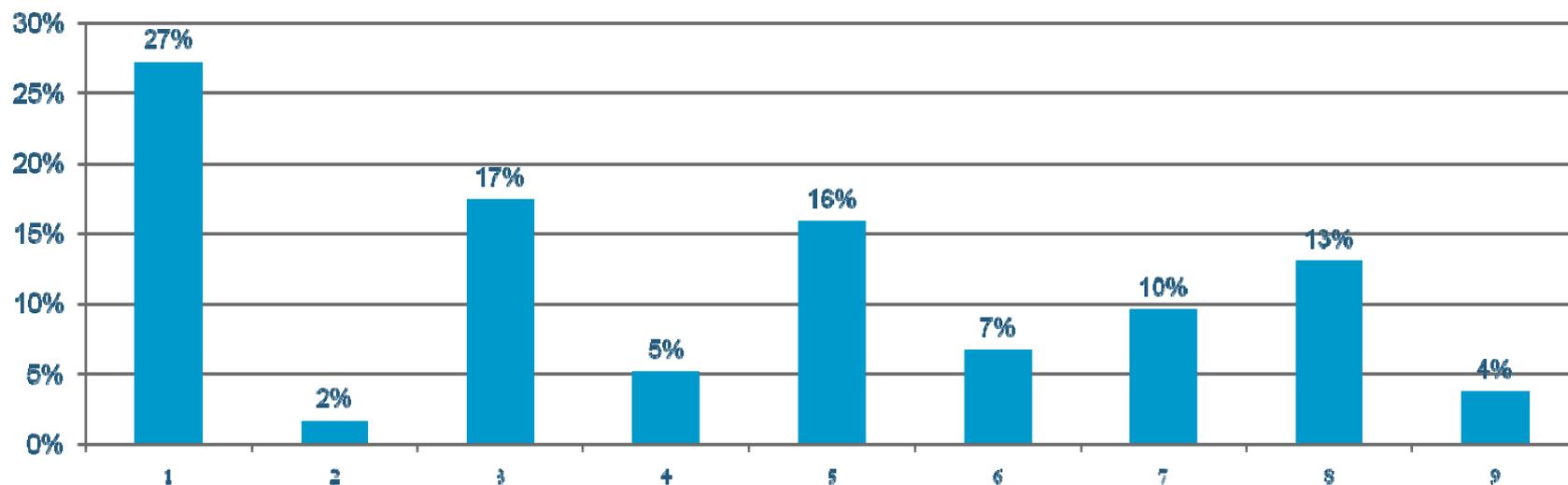
Isapres

Adicional  
Isapres

Copagos  
prestaciones

Copagos  
Medicam.

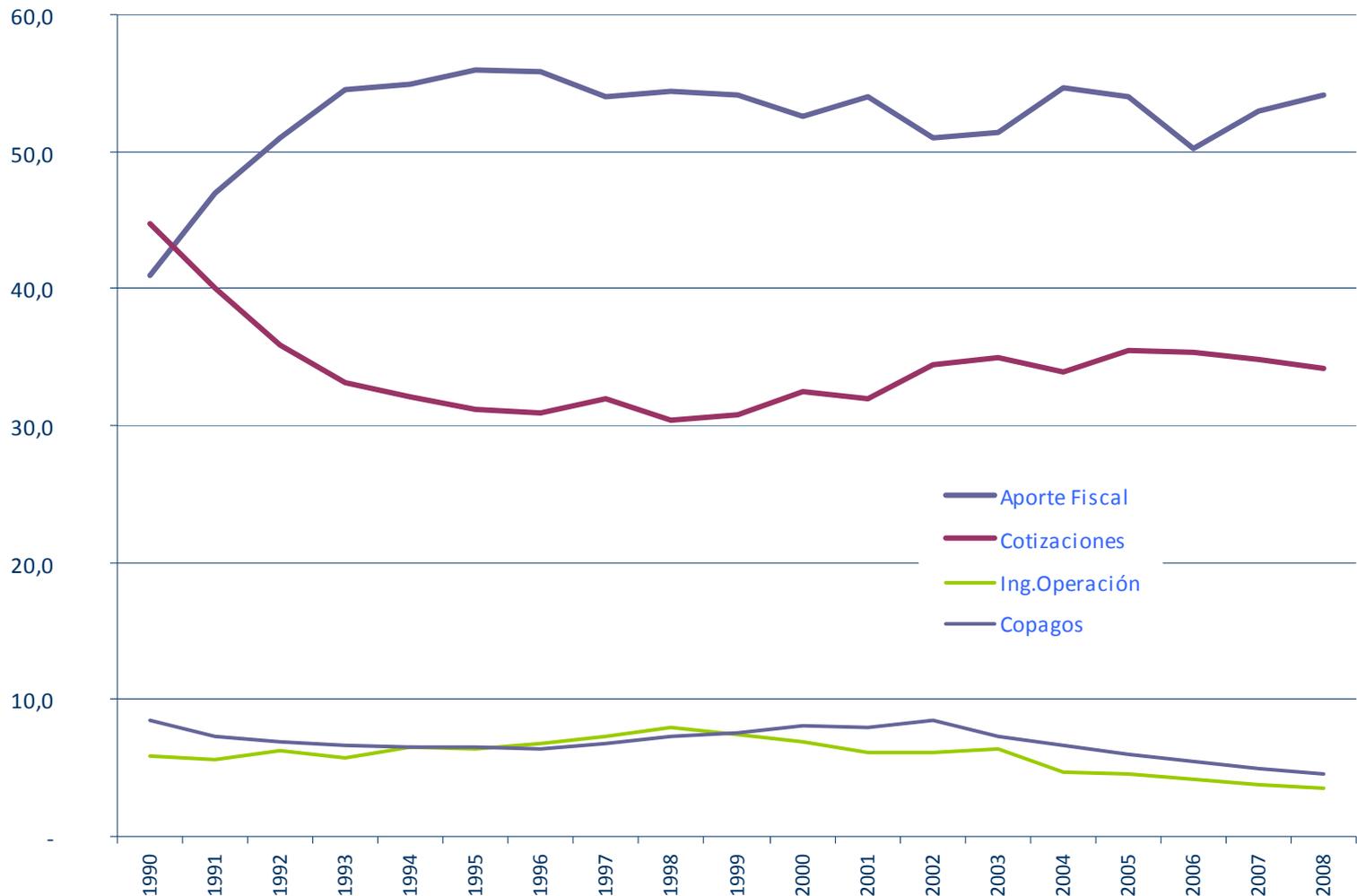
Otros  
directos



Fuente: Urriola, Rafael. 2004, con cifras 2003.  
Documento "Financiamiento de la Salud en Chile", FONASA

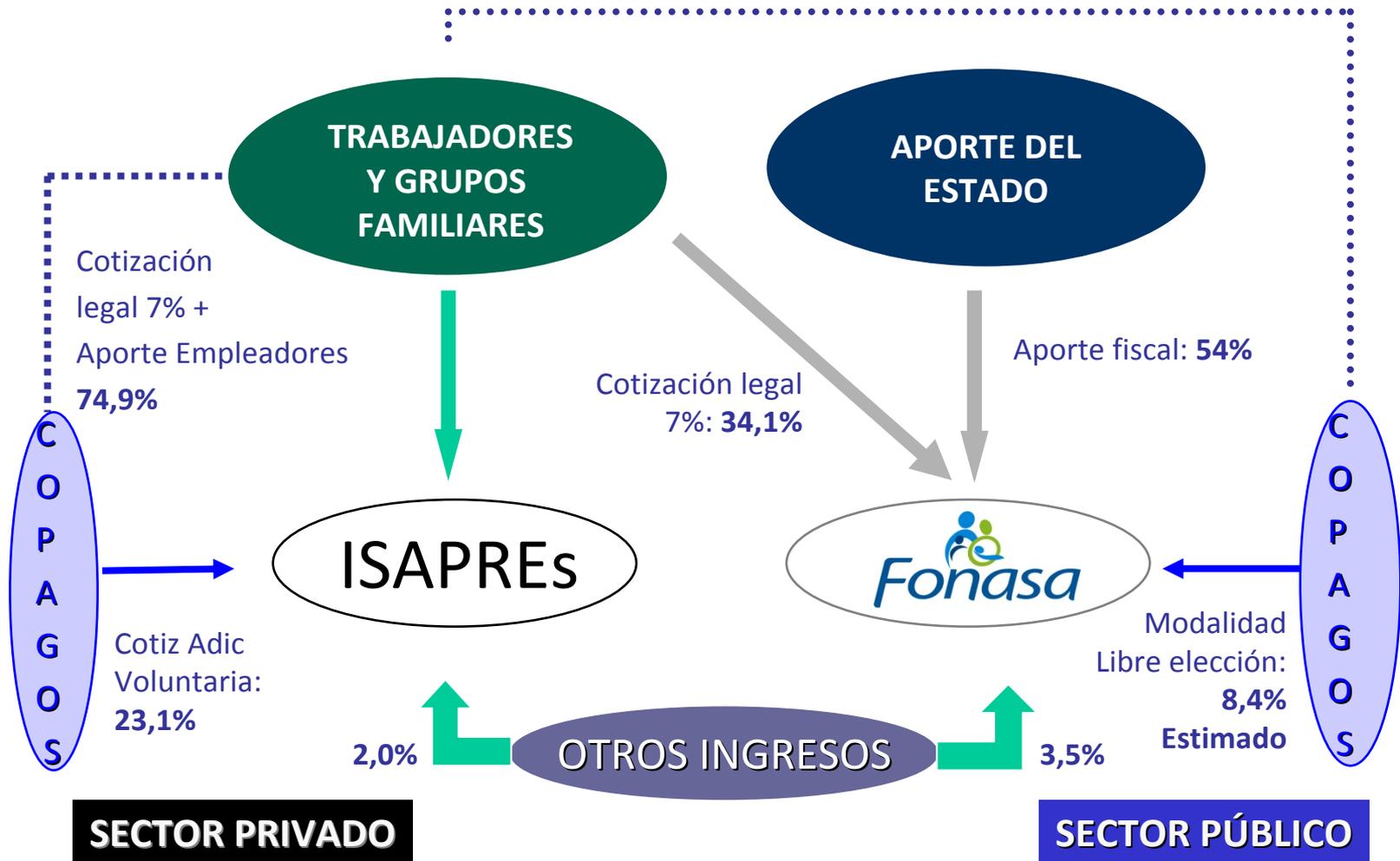
# Fuentes de Financiamiento del Sector Público de Salud

% Participación: cada fuente sobre el total del financiamiento, Chile



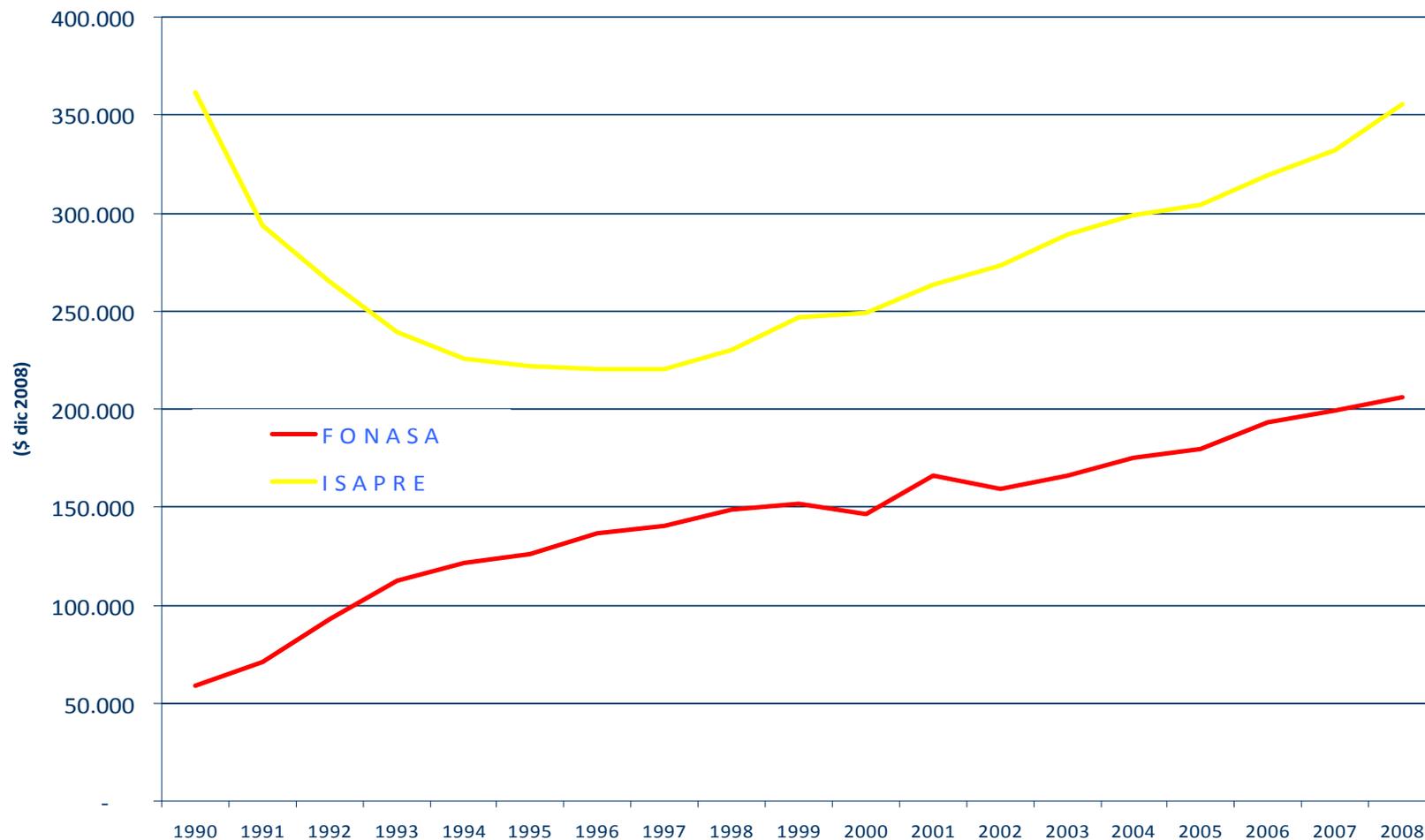
Fuente: FONASA, sobre Boletines Estadísticos  
Documento "Financiamiento de la Salud en Chile", FONASA

# Esquema Básico del Financiamiento del Sistema



# Gasto país en salud

## Según sistema de previsión de salud



Fuente: FONASA, sobre Boletines Estadísticos  
Documento "Financiamiento de la Salud en Chile", FONASA

# Estructura del Financiamiento y Provisión del sistema de salud chileno (2009)

## CHILE (2009)

Recaudación de ingresos	Impuestos generales		Aseguramiento Social	Gasto de bolsillo, copagos
"Pooling" (mancomunación de recursos)	Fondo Nacional de Salud		Seguros Privados (ISAPRE)	No pooling
Compra	Ministerio de Salud	Fondo Nacional de Salud	Seguros Privados (ISAPRE)	Compra individual
Prestación de servicios	Otros semi-públicos	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Proveedores privados	

Nota.

La longitud de las franjas es proporcional a la corriente calculada de fondos.

# Comparación entre 1991-1997 y 2009

## Chile

**RECAUDACIÓN:** actualmente el gasto de bolsillo es una fuente de financiamiento muy importante (alrededor de un 40%) del total de ingresos para la salud. Resulta evidente que tal participación establece una barrera de acceso a las prestaciones de salud. En particular, este financiamiento se destina al gasto en medicamentos.

**POOLING:** si bien el Fondo Nacional de Salud continúa haciendo el *pooling* del sector público, estimaciones más recientes muestran que el tamaño de los recursos públicos alcanzaría cifras en torno al 40%.

**COMPRA:** es el principal cambio. Aparece el Ministerio de Salud en el rol del comprador más importante del sector público. En particular, corresponde al manejo y control de los presupuestos del Programa de Prestaciones Institucionales y Programa de Atención Primaria.

**PROVISIÓN:** aumenta la participación de la provisión privada respecto de la provisión pública. La tasa de inversión privada ha sido muy superior a la tasa de inversión en el sector público. Adicionalmente, parte de la compra pública se ha dirigido a los proveedores privados.

# Incidencia de los mecanismos de pago en el Presupuesto de FONASA, año 2003

Nivel de Atención	Modalidad de Compra	Mecanismos de pago	Monto (Millones \$)
Atención Primaria de Salud (APS)	Convenio APS	Per Cápita	175.035
		Otros	58.033
	Subtotal Atención Primaria de Salud APS		233.068
Niveles Secundario y Terciario	Convenio Programa Prestaciones Valoradas PPV	Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)	148.326
		Pago por Prestación (PPP)	187.898
	Convenio Programa Prestaciones Institucionales PPI	Presupuesto Histórico	403.237
	Subtotal Niveles Secundario y Terciario		739.461
Modalidad de Libre Elección (todos los niveles de atención)	Convenio MLE	Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)	13.080
		Pago por Prestación (PPP)	118.135
	Subtotal Modalidad de Libre Elección		131.215
Total Compra de Prestaciones de Salud			1.103.744

En 2011 los presupuestos corresponden a

FONASA APS M\$737.343.124  
 FONASA PPI M\$873.743.865  
 FONASA PPV M\$938.136.30

Fuente: Cifuentes (2004).

# DFL 1

## Financiamiento de los Servicios de Salud



- a) Con los aportes y pagos que efectúe el Fondo Nacional de Salud por las prestaciones que otorguen a los beneficiarios a que se refiere el Libro II de esta Ley, a valores que representen los niveles de costos esperados de las prestaciones, de acuerdo a los presupuestos aprobados;



- b) Con los fondos que ponga a su disposición la Subsecretaría de Salud Pública o el Secretario Regional Ministerial para la ejecución de acciones de salud pública;
- c) Con las tarifas que cobren, cuando corresponda, por los servicios y atenciones que presten, fijadas en aranceles, convenios u otras fuentes;

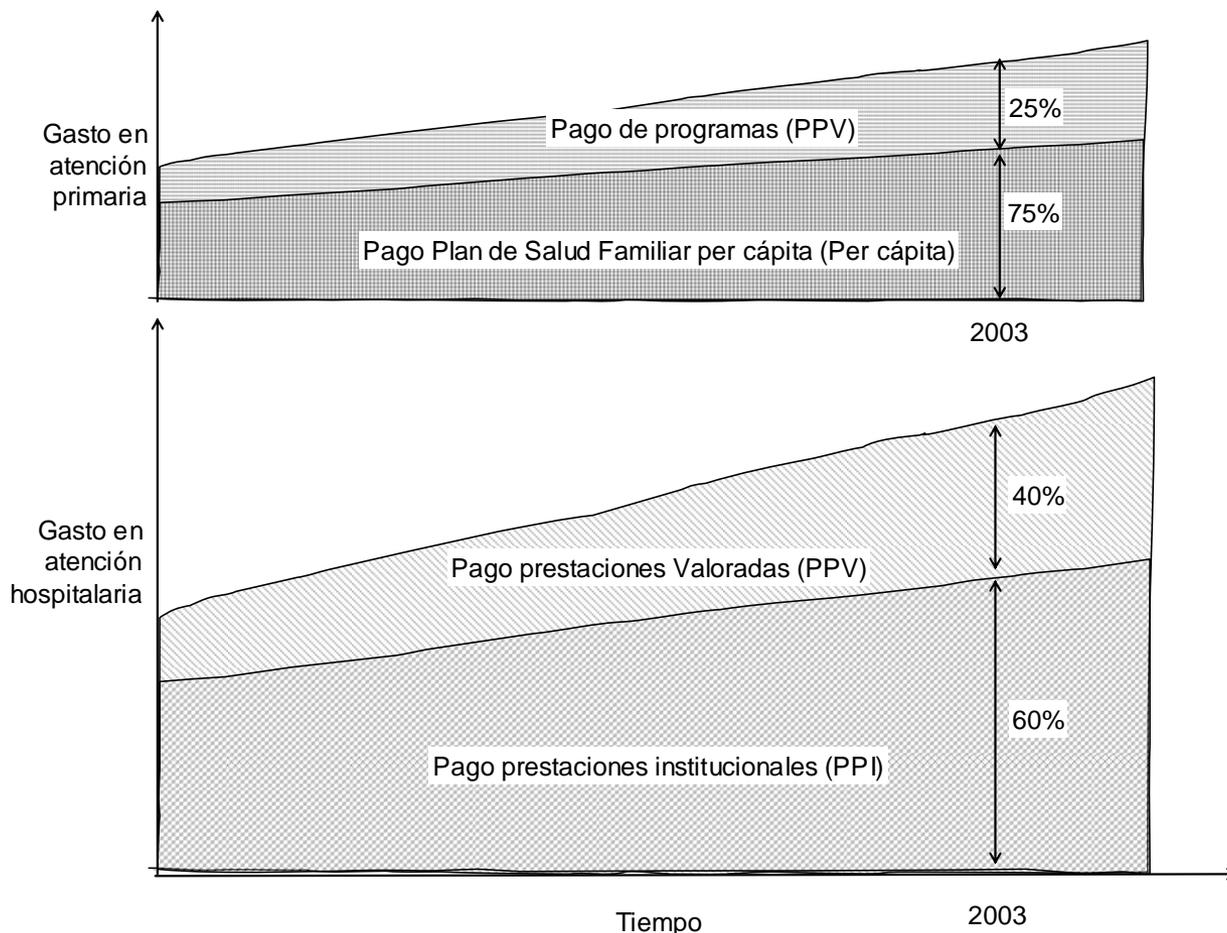


- d) Con los frutos que produzcan sus bienes propios y con el producto de la enajenación de esos mismos bienes;
- e) Con las donaciones que se le hagan y las herencias y legados que acepte, lo que deberá hacer con beneficio de inventario;



- f) Con las participaciones, contribuciones, arbitrios, subvenciones, aportes, transferencias, rentas, utilidades, multas y otros recursos que reciban, y
- g) Mediante presentación de proyectos a fondos concursables y a instituciones u organismos solidarios.

# Evolución de métodos de pago En FONASA, 2003



PPV o “pago por prestaciones valorizadas”. El PPV corresponde en la actualidad al 40% app. del total del gasto hospitalario del FONASA. En el PPV existe un precio explícito para las prestaciones y una relación biunívoca entre pago y producción.

PPI: El otro 60% corresponde a lo que se denomina “pago por prestaciones institucionales”. El PPI corresponde más a un presupuesto histórico ajustado.

PAD o sistema de pago prospectivo, para las atenciones hospitalarias. Se espera avance a un sistema más parecido al método de grupos relacionados de diagnóstico conocido internacionalmente como DRG (*Diagnosis related group*).

# Financiamiento de los establecimientos de la Atención Primaria de Salud

El artículo 2° del Reglamento General de la Ley N° 19.378, sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, establece que “Cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud correspondientes, un aporte estatal, cuyo monto se determina sobre la base de los siguientes criterios:

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

# Atención Primaria de Salud

“El aporte a que se refiere el inciso precedente se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además, por los Ministros del Interior y de Hacienda.

Este mismo decreto precisará la proporción en que se aplicarán los criterios indicados en las letras a), b), c) y d) precedentes, el listado de prestaciones (*Plan de Salud Familiar según la Reforma de Salud*) cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal de este artículo y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte.”

El Plan de Salud Familiar se ha complementado con un conjunto de actividades programáticas y de apoyo a la gestión administrativa, por lo cual existe un total de cuatro componentes, dentro de las cuales el Plan de Salud Familiar tiene importancia crucial.

# Atención Primaria de Salud

*La Capitación consiste en un pago fijo por cada individuo a cargo del prestador de salud, independiente de los gastos en que efectivamente incurra el paciente durante el periodo. (Por eso se dice que se trata de un Subsidio a la Oferta).*

**El Per Cápita BASAL se obtiene sumando los costos en remuneración de personal asistencial, más los costos no asistenciales:**

**a. Dotación estimada y rendimientos promedios valorizados**

**b. Costos No Asistenciales:**

Administración del establecimiento. Representa un 36,2% del total de remuneraciones asistenciales.

Administración a nivel municipal. Es un 7,8% sobre el total de remuneraciones asistenciales más remuneraciones por administración del establecimiento.

Farmacia. Es un 17,43% sobre el total de remuneraciones asistenciales, más remuneraciones por administración del establecimiento, más remuneraciones por administración municipal.

Operación. Es un 22,90% sobre el total de remuneraciones asistenciales, más remuneraciones por administración del establecimiento, más remuneraciones por administración municipal.

**Luego, sobre este Per Cápita se indexan los factores diferenciadores.**

# Atención Primaria de Salud

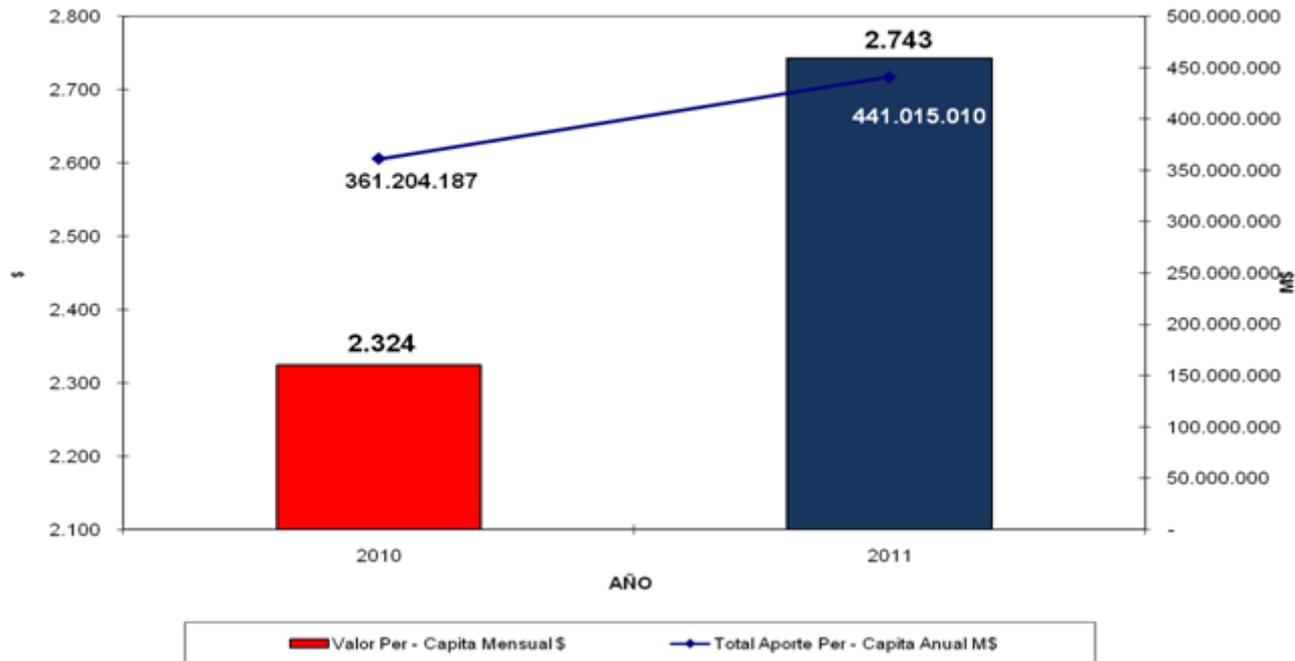
## Componentes del Plan. Determinación Precio Percápita

FUENTE: Presentación PLAN DE SALUD CON GARANTÍAS. Departamento de Modelo de Atención, División de Gestión de Red Asistencial, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. 2007



# Atención Primaria de Salud / Per-capita

APORTE PER - CAPITA, AÑO 2010 Y 2011



## INDEXADORES AL PER CAPITA BASAL

POBREZA

RURALIDAD

ZONA EXTREMA

# Atención Primaria de Salud

Los aspectos centrales de esta modalidad de asignación de recursos son los siguientes:

- 1.- Se define un monto a pagar por cada beneficiario en función de una canasta básica de servicios, o Plan de Salud Familiar.
- 2.- Se establecen valores diferenciados para las comunas cuyos municipios son identificados como pobres y para las comunas rurales.
- 3.- El pago se basa en la cantidad de beneficiarios del sector público, los que se identifican mediante el proceso de inscripción (al año 2011 se trata de 11 millones de personas).
- 4.- Se orienta la acción de los prestadores hacia la obtención de resultados, más que hacia la mera ejecución de actividades, lo que se refleja en los compromisos de gestión que deberán firmarse entre los Servicios de Salud y las entidades administradoras.

# Atención Primaria de Salud

El Plan de Salud Familiar se ha complementado con un conjunto de actividades programáticas y de apoyo a la gestión administrativa:

Otros Programas per Capitados: Existen otros programas que se han ido financiando sobre una base per capitada, que actúan como complemento al Plan de Salud Familiar. Entre ellos, los más importantes en términos de recursos asignados son el Programa Cardiovascular, el Estímulo que se paga a los CESFAM, el Programa de Apoyo a la Gestión y el Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Depresión en APS.

Programas de Reforzamiento de la APS: Este programa incluye los siguientes componentes: Programa de Aumento de la resolutiveidad; -de Mejoramiento de la Atención; de Promoción de la Salud y Programas de Capacitación.

Programas de Salud Pública: Se denominan Programas de Salud Pública aquellos que no están considerados dentro del Plan de Salud Familiar, y que cuentan con recursos específicos para su ejecución. Dentro de ellos se encuentran algunos de larga data, como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), el Programa de Alimentación para el Adulto Mayor (PACAM), el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) y el Programa de TBC.

# Atención Primaria de Salud

## ASPECTOS A DISCUTIR

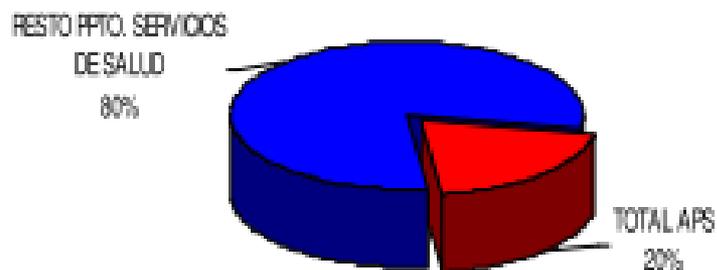
- **Proceso de Inscripción permite conocer la población objetivo**
- **Pocos incentivos a profesionales médicos para trabajar en APS**
- **Falta de Control de Resultados y Calidad de Atención**
- **Existencia de Compromisos de Gestión**
- **Resolutividad**
- **Autonomía de Municipios: acompañamiento técnico**
- **Per Cápita: favorece a las comunas pobres y rurales**
- **Per Cápita es un incentivo a la eficiencia**

De esta manera los proveedores capitados (entidades administradoras de salud municipal) son aseguradores. Un efecto importante del pago por capitación es motivar a controlar costos y a la provisión de servicios de costo - efectivo. La capitación también hace que el costo total del plan de salud sea más fácilmente predecible y controlado por las autoridades que proporcionan los recursos para el financiamiento de la salud (en este caso, aportes estatales para salud).

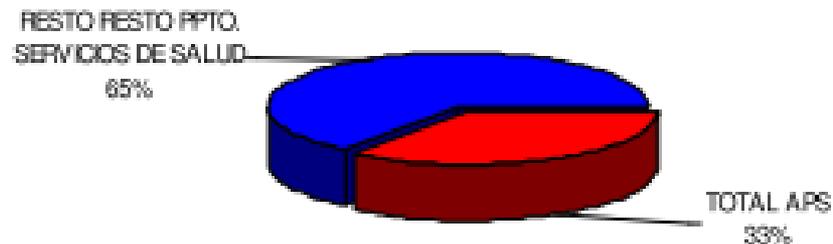
# Atención Primaria de Salud

## % de gasto de APS sobre presupuesto Servicios de Salud

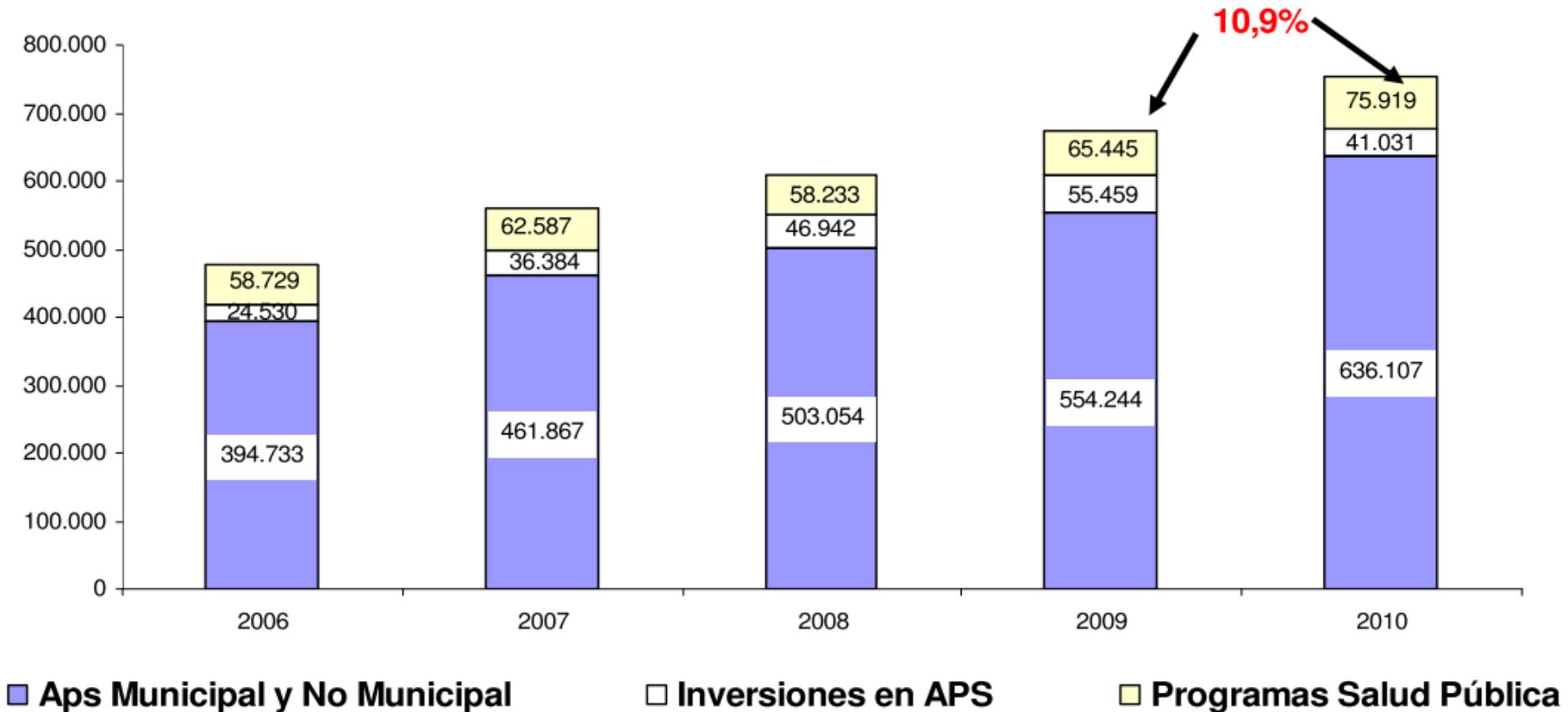
**PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN APS  
PRESUPUESTO 2000**



**PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN APS  
PRESUPUESTO 2010**



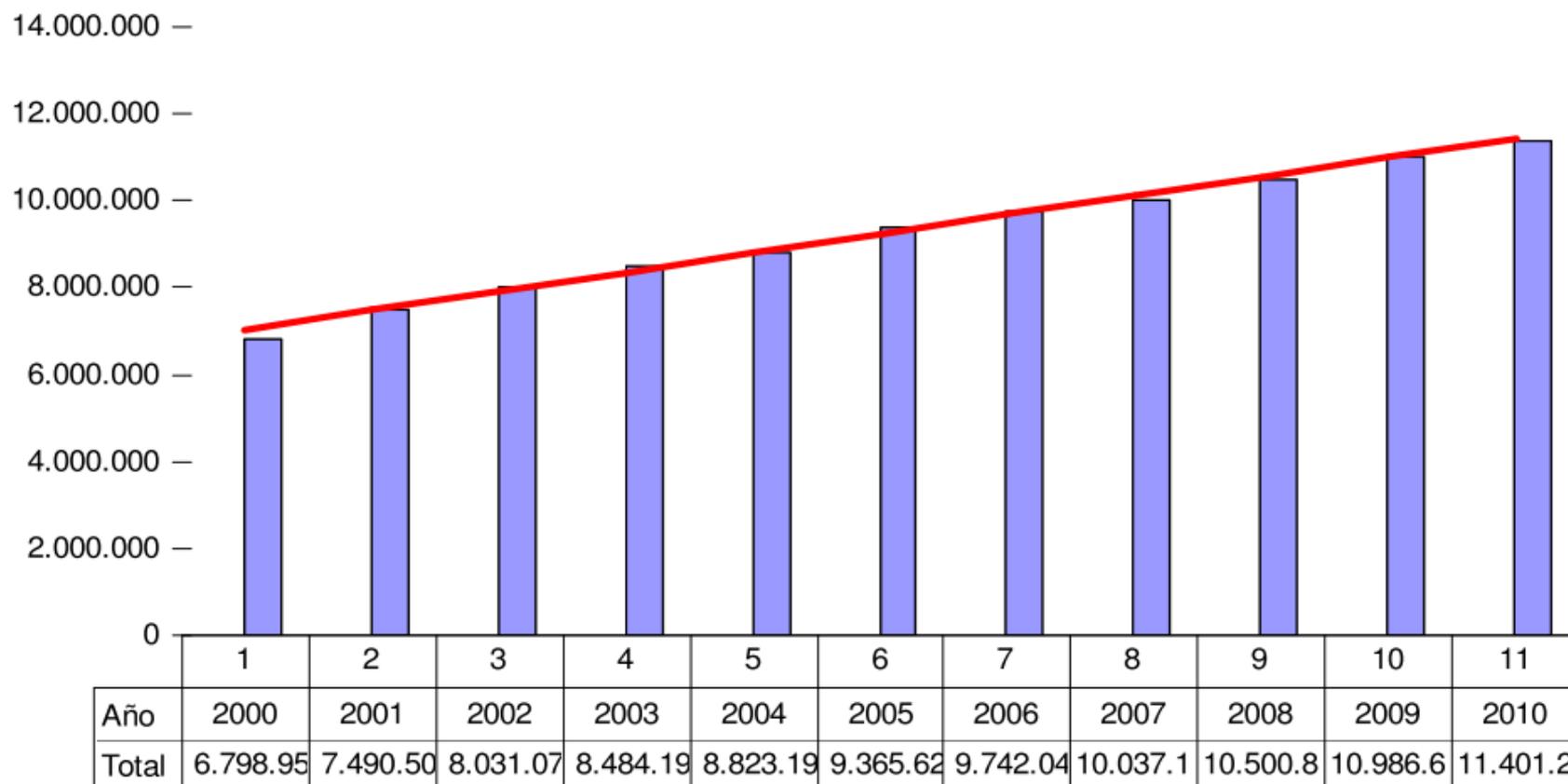
# Evolución del presupuesto real de APS 2000-2010, en millones de pesos (MM\$)



Fuente: Presentación Ministerio de Salud, IV Congreso de Salud Municipal 2009

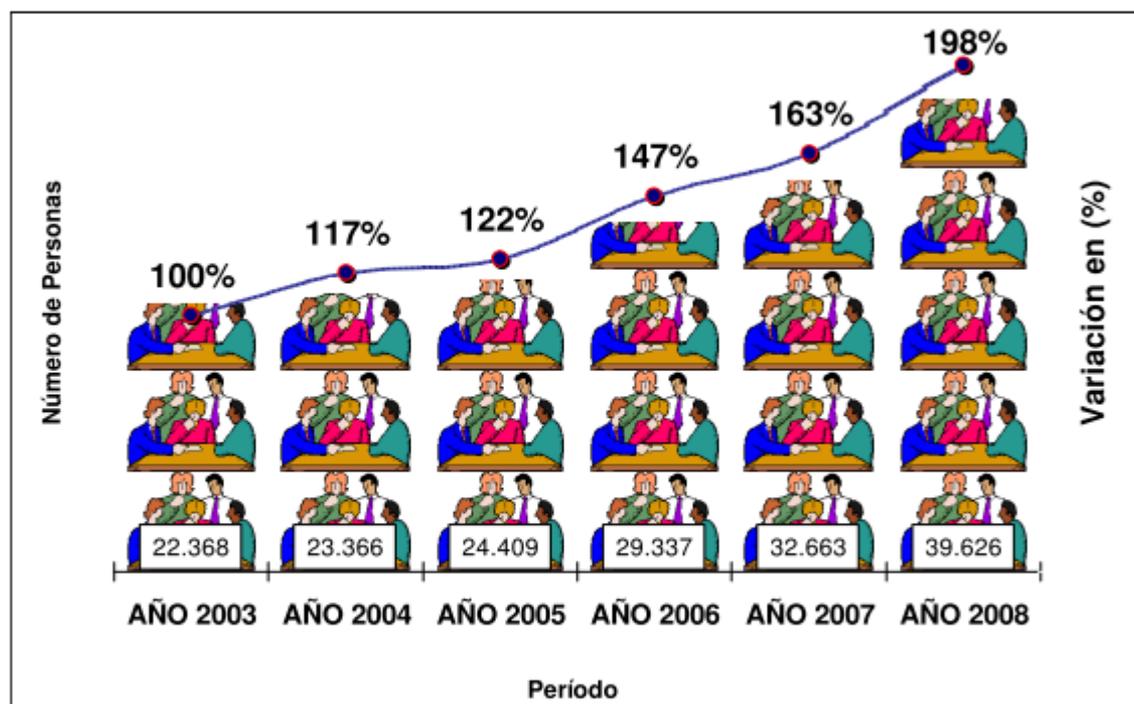
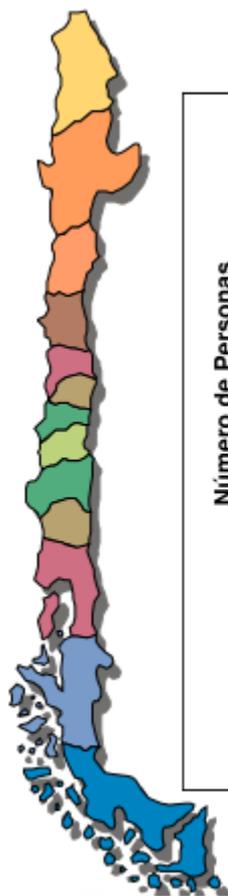
# Evolución de la población certificada 2000-2010

## Atención Primaria de Salud



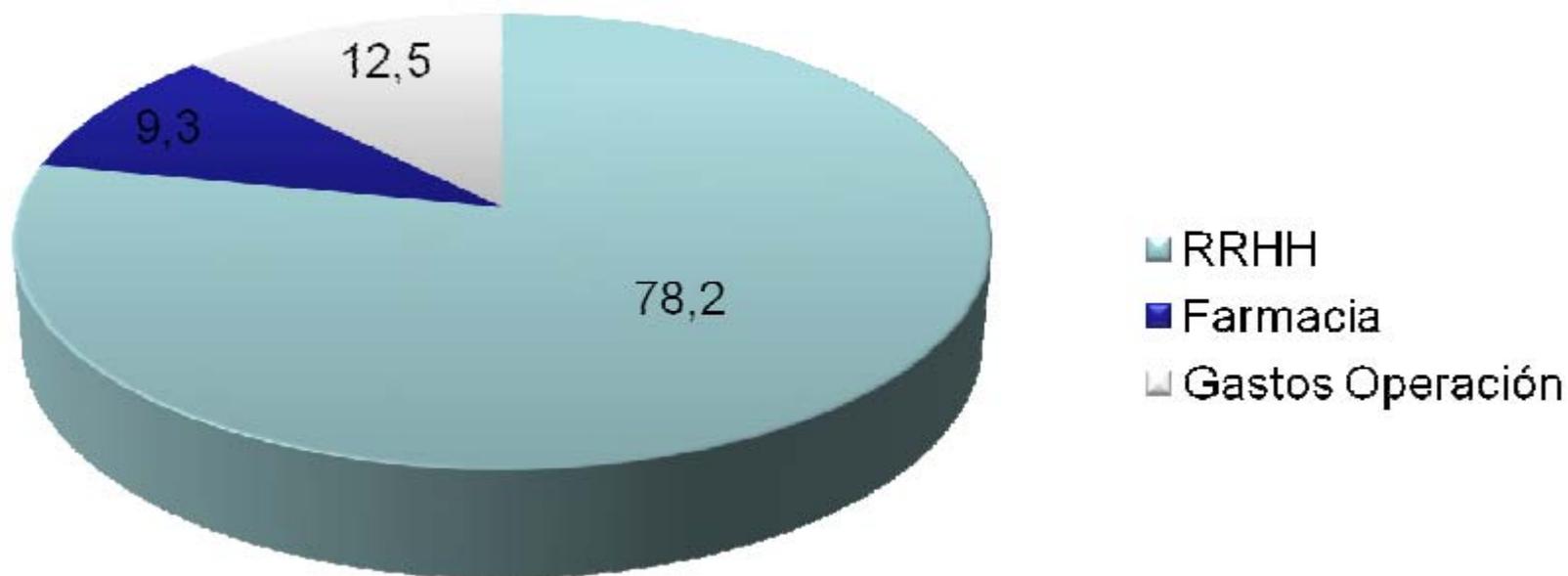
# Evolución de los recursos humanos 2003-2008

## Atención Primaria de Salud

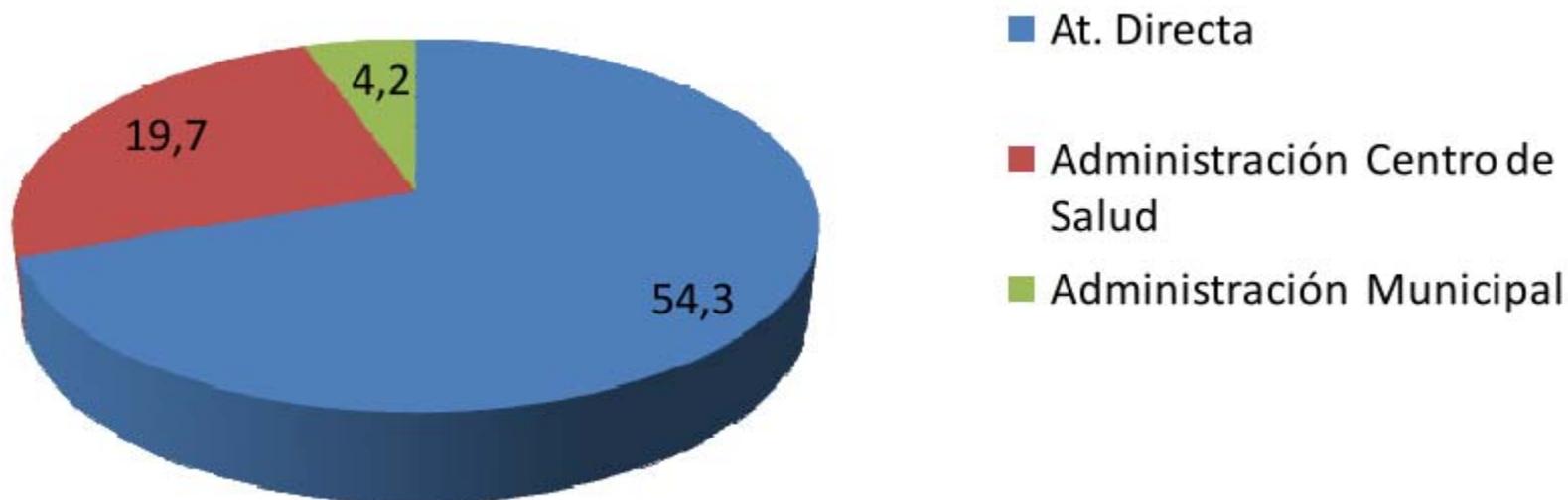


El 93% de las comunas disponen de Atención Primaria Municipal

# Peso relativo de los gastos en el valor per cápita Atención Primaria de Salud



# Peso relativo de los Subcomponentes de RRHH Atención Primaria de Salud



\* Corresponde a la apertura del peso del Subcomponente RR de la slide anterior (hay diferencia de 1 punto porcentual)

# Temas relevantes a considerar

- Los prestadores públicos de atención de salud enfrentan presiones de costos no reconocidas en los presupuestos (inflatores subestimados) y la gran mayoría de las veces ajenas a su gestión. Esto se expresa en costos de medicamentos, compras obligadas al extrasistema, aplicación de leyes contractuales, crecimiento de la población beneficiaria, costos recurrentes no financiados (mantenimiento y acciones de las direcciones de los servicios de salud), bienes colectivos y salud ambiental. En este sentido se requiere seguir avanzando en la implementación de sistemas de costeo de prestaciones e intervenciones de salud y en estudios que permitan conocer la estructura de costos del sector.
- En la medida en que la prioridad ha estado puesta en el cumplimiento de las garantías del AUGE y la consiguiente expansión de la actividad y de los problemas allí incorporados, se ha descuidado el cierre de brechas históricas en materia de cantidad y remuneración del personal médico y no médico, en infraestructura y equipamiento, en tecnologías, y en financiamiento de operación.

# Temas relevantes a considerar

- El hecho de que el financiamiento de los Subsidios por Incapacidad Laboral (SIL) provenga de la misma fuente que el financiamiento de las prestaciones de salud, genera una mayor presión sobre el gasto, contribuyendo a profundizar los problemas de financiamiento del sistema. De la misma forma, las estadísticas de Finanzas Públicas presentan el gasto en SIL en la función Salud, cuando debiera contabilizarse en la función Protección Social, al igual como lo hacen los demás países.
- La estructura de financiamiento de las SEREMI, del ISP y de la CENABAST, en la que un porcentaje muy importante, en algunos casos mayoritarios, proviene de Ingresos Propios, genera incentivos perversos y profundiza los problemas de financiamiento.