

# **La Autoridad Sanitaria Nacional. Definición y alcance de su potestad regulatoria. Caso de Chile.**

***Andrés Romero,  
Ministerio de Salud, Chile***

---

Buenos días. Basado en las presentaciones de ayer, he reformulado parte de la mía. Nosotros acabamos de terminar en Chile un proceso global de reforma en el campo de la salud, global porque abordamos muchas materias, incluso una modificación institucional del sector público de salud, y también una modificación importante en cuanto a asegurarles derechos efectivos a las personas en relación a su salud, denominado Plan AUGE. Puede ser que algunos de ustedes lo han escuchado. Abordamos también una modificación importante a los seguros privados de salud, a las Instituciones de Salud Previsional, las ISAPRES, y además, una fórmula de financiamiento del sector, agregándole una buena cantidad de recursos. Fue un proceso largo, de dos años y medio, aproximadamente, de tramitación legislativa. En estos momentos estamos en la parte de la implementación. Ya trabajamos toda la reglamentación: cerca de quince reglamentos asociados a las cuatro nuevas leyes, y en este momento ya estamos en ejecución de la ley.

Por lo tanto, junto con referirme específicamente a la Autoridad Sanitaria Nacional, y cómo quedó definida la ley y el alcance del proceso regulatorio, hoy día voy a tratar de plantearles parte de lo que significó el proceso de reforma y, además, explicitarles a ustedes los distintos roles que cumplen las distintas instituciones en el sistema, porque –por lo menos a mí me pasa– que muchas veces, cuando hablamos acá, desconozco la realidad de la seguridad social o aseguramiento de salud que tienen otros países y entonces me cuesta un poco entender de qué estamos hablando.

Como una primera información general, primero quiero decirles que en Chile nosotros tenemos separada la seguridad social del aseguramiento de salud. La seguridad social es entendida como el sistema de pensiones, ya sea por vejez o invalidez y la competencia rectora de la seguridad social están radicadas en el Ministerio del Trabajo. Por su parte, realiza las prestaciones un organismo público, el Instituto de Normalización Previsional (INP) o los organismos privados, que son las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que probablemente algunos de ustedes ya conocen. Y en cambio, el tema salud está arraigado

exclusivamente en el Ministerio de Salud, como el organismo rector, y el aseguramiento lo realiza un organismo público, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) u organismos privados, Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

En relación a la cobertura del aseguramiento de salud, una cobertura bastante amplia, cerca del 94% de la población en Chile tiene una forma de aseguramiento en salud. El 75%, aproximadamente, por el FONASA; el 15% por las ISAPRES; y el 4% por sistemas especiales que tienen las Fuerzas Armadas. Solamente hay un 6% de la población que no está cubierta, que son generalmente los trabajadores informales que acceden directamente al prestador pagando enteramente de su bolsillo la prestación.

También a modo de información general y como una cuestión de diagnóstico previo, voy a decirles cuáles fueron los tópicos que enfrentaron los procesos de reforma. En el diagnóstico que se realiza, se ve una serie de logros sanitarios y sociales que pasan por decir, por ejemplo, que la mortalidad infantil en Chile, en el año 2003, era de 7.3 por cada mil nacidos vivos. La pobreza ha bajado de cerca de 40% a un 18% en el año 2003, y la pobreza extrema y la indigencia a un 7%, y se espera que en el año 2010 tengamos el 100% del tratamiento de aguas servidas.

Ahora, esto lo planteo, insisto, a modo de parte de información diagnóstica que se tuvo al momento que generar el proceso completo de reforma. Y cuando uno se pregunta qué hechos impulsaron la reforma de la salud en Chile, la respuesta está fundamentalmente en cuatro tópicos. Esos cuatro tópicos son:

1. La existencia de inequidades en salud graves, porque más allá de los indicadores exitosos en algunas materias, como los mencioné recién de la mortalidad de los niños nacidos vivos, se producen diferencias escandalosas en mi país, donde hay comunidades rurales que tienen una mortalidad infantil de 43/1000 y en las comunidades ricas baja a 3/1000. Por lo tanto, hay una inequidad que debe enfrentarse y corregirse.
2. Los cambios evidentes de las necesidades de salud de la población, y la evolución de los perfiles demográficos y sanitarios, como por ejemplo, el envejecimiento de la población, son nuevas realidades que vamos a enfrentar como país.
3. La insatisfacción de las personas con su sistema de salud es otro punto muy relevante. En cuanto al sistema de salud pública, la gente espera que se le atienda oportunamente, pero la larga lista de espera genera finalmente la sensación de desprotección absoluta frente a la enfermedad. Y en el caso de los beneficiarios de las ISAPRES, existe ciertamente el temor a

quedar empobrecido si es que ocurre alguna enfermedad. Por lo tanto, el tema de alto gasto de bolsillo es un tema relevante en cuanto a la insatisfacción de las personas.

4. Es clara también la necesidad de modernización del sector. Primero, la autoridad sanitaria está desdibujada. Nosotros realizamos una encuesta previa al inicio de la reforma, y cuando le preguntamos a la gente quién era la autoridad sanitaria, la gente decía “el FONASA”, o sea, el organismo asegurador. Segundo problema grave era la gestión de las redes, necesidades de fortalecer las redes de la atención primaria y generar sistemas de referencia y contra referencia entre los distintos niveles que fueran adecuados, porque las redes no estaban conversando adecuadamente.

Como ustedes pueden ver, son varios los hechos, por lo tanto, son varias las intervenciones que deberían hacerse. Y como una primera cuestión, lo que primero se hizo fue fijar cuáles eran los objetivos sanitarios nacionales. Y creo que es indispensable para cualquier proceso regulatorio o para cualquier proceso de reforma, orientar nuestra acción de manera tal que finalmente las respuestas frente a las distintas decisiones siempre se dirijan a lograr los objetivos sanitarios.

Definiendo los objetivos sanitarios nacionales yo diría que todos estos puntos fueron los que se abordaron en el proceso de reforma:

- Generación de un Plan de Salud Pública para enfrentar los determinantes de salud, incluyendo los sociales. El Plan de Salud Pública está a cargo de la autoridad sanitaria y no quiere decir otra cosa que generar un plan intensivo de promoción y prevención de la salud, atacando los problemas que generan mayor mortalidad en la población chilena. Dentro de este esquema, por ejemplo, hoy día se da mucha importancia al combate contra el consumo de tabaco, siendo que Chile es uno de los países que tiene mayor porcentaje de población consumidora de tabaco. Dentro de algunos meses más estaremos tramitando una ley bastante dura de combate al consumo público de tabaco.
- Generación de lo que se denominó Plan AUGE, que genera garantías para enfermedades prioritarias, como una obligación de los seguros públicos y privados de otorgamiento. Y les quiero decir que lo relevante del AUGE es que rompimos con un principio clásico de doctrina en materia de derechos, esto es, que derechos económicos, sociales y culturales no se aseguran sino que más bien son aspiraciones de los Estados. Nosotros, lo que hicimos acá fue tomar un derecho social, el derecho a la salud, y generamos garantías exigibles ante autoridades administrativas y judiciales.

Por lo tanto, para enfermedades prioritarias, rompimos con el principio de que son solamente aspiraciones de los Estados, aspiraciones de los pueblos, y los transformamos en derechos exigibles.

- Introducción de fuertes cambios en la autoridad sanitaria nacional y regional, definiendo el rol rector y fiscalizador, que es a lo que me voy a referir específicamente.
- Modificación también del concepto de redes asistenciales con directores de servicios que son ahora gestores de una red, por lo tanto tienen una población a cargo, y lo que se procura es fortalecer los servicios de atención primaria y establecer normas de referencia que hagan conversar a toda esa red.
- Reforzamiento a la atención primaria. Hoy día, el presupuesto de la atención primaria en Chile ha subido de un 15% en relación al gasto total en salud, al 30% de acuerdo al presupuesto presentado para el ejercicio 2006. Hemos doblado los recursos en materia de atención primaria, con la construcción de consultorios, etc.
- Nuevos sistemas de información y agenda digital, que se están implementando.
- Nuevo marco regulatorio del sistema privado de salud.

Son cuatro leyes las que se tramitaron en el proceso. Voy a hacer dos reflexiones de carácter político y ahí hablamos del contexto político.

Primero no hubo consenso en el envío de los proyectos de ley de reforma al Parlamento y no hubo consenso tampoco en todo el proceso de reforma. Y nosotros teníamos la plena conciencia de que no iba a haber consenso, porque estábamos tocando tal cantidad de intereses que era imposible generar consenso. Por lo tanto, nuestros grandes aliados en el proceso fueron los ciudadanos, fundamentalmente por esta razón, porque lo que les estábamos prometiendo era que finalmente iban a tener derechos que iban a poder exigir ante las autoridades administrativas y judiciales, y donde esos derechos se traducían era en enfrentar su gran problema de insatisfacción. Dentro de esos derechos hay garantías de oportunidad, ya que estamos fijando un plazo máximo de atención que tiene que ver con un plazo máximo de exigencia sanitaria, y también una garantía de protección financiera, donde es el Estado el que fija el porcentaje de contribución máxima que tiene que hacer la familia, que en el peor de los casos, en la situación más grave, no puede pasar más allá de dos veces el sueldo de la persona como el

gasto total en el enfrentamiento de los problemas de salud. Por lo tanto, los ciudadanos fueron nuestros grandes aliados.

Y la segunda cuestión, yo creo que es un tema de liderazgo presidencial. Acá se ha comprometido personalmente el Presidente en la tramitación de la reforma. Era un tema prioritario para el Presidente, y si no hubiera sido así, no hubiéramos podido sacar la reforma adelante, y cada vez que se presentaron problemas, era el Presidente quién personalmente se involucraba a nivel de Parlamento para destrabar los problemas que se producían.

Para explicarles un poco cuáles son las instituciones que coexisten en el sistema de salud, hay los organismos públicos y los privados. Dentro de los organismos públicos está el Ministerio de Salud, como la Autoridad Sanitaria Nacional. Tiene dos subsecretarías: la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes. Después vamos a ver la competencia de cada una de ellas. Y tiene también las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), que son la Autoridad Sanitaria Regional.

Otros organismos son el Instituto de Salud Pública, encargado fundamentalmente del sistema de medicamentos, y la Superintendencia de Salud, que tiene a su cargo la fiscalización, tanto del FONASA como de las ISAPRES, en materia de los derechos que tienen las personas en relación a su seguro de salud, y asimismo administra el sistema de acreditación de la calidad de los prestadores tanto públicos como privados. En general, el FONASA trabaja con los prestadores públicos y las ISAPRES trabajan con los prestadores privados, pero hay ciertos ámbitos donde FONASA compra de los prestadores privados y hay ciertos ámbitos donde las ISAPRES compran de prestadores públicos.

Ahora, ¿qué es lo que hace cada un de esos organismos? Entremos en las funciones de rectoría y regulación del Ministerio de Salud. Y yo creo que es el producto del trabajo de años, realizado a través de la OPS, y recogiendo mucho de sus documentos, se estableció directamente en la ley que le correspondía al Ministerio de Salud la rectoría del sector. Para la gente ha trabajado años en esto, puedo decir con orgullo que parte de ese trabajo se ha traducido en normas legales donde directamente se le atribuye la señalada competencia al Ministerio de Salud.

Dice la ley que al Ministerio de Salud le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. Y entre otras, la primera función que tiene asignada por ley es ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

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

Esto es súper relevante porque nos da la competencia, porque cada vez que el Ministerio de Educación, la Secretaría de Deporte, quiere tocar algún tema de salud, el organismo competente para orientar esa actividad es el Ministerio de Salud.

La segunda función, tal cual como está puesta en la ley, dice que es función del Ministerio de Salud dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.

En materia fiscalizadora, la ley dice que la fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes, reglamentos y normas complementarias al Código Sanitario, esto es, todas las materias relativas a alimentos, farmacia, exhumaciones, inhumaciones, etc., son potestad del Ministerio de Salud, pero no directamente del Ministerio de Salud a nivel central, sino que del Ministerio de Salud a través de la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva. El nivel central del Ministerio de Salud tiene facultad rectora y reguladora y el nivel regional tiene la facultad fiscalizadora. Dada la desconcentración legal, el Ministerio de Salud central no puede intervenir en las potestades fiscalizadoras de los niveles regionales.

Hay dos subsecretarías del Ministerio de Salud, y esto fue otro punto súper importante de la reforma. Antes de la reforma, había un solo Subsecretario que consumía el 80% de su tiempo en los problemas de los hospitales, en los problemas de la red asistencial, y la consecuencia directa de ello era que toda la potestad normativa en materia de salud pública, en materia sanitaria se veía disminuida porque no teníamos a disposición una autoridad para trabajar otros temas.

Generamos dos subsecretarías: la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública. La Subsecretaría de Redes Asistenciales se encarga fundamentalmente de articular y desarrollar la red asistencial del sistema, en el sentido que es la que prepara todas las proposiciones de políticas, planes y normas dirigidas hacia el Ministro. Y la Subsecretaría de Salud Pública se encarga

de todas las maneras de promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.

Insisto en la relevancia de las dos subsecretarías. Esta ley entró en vigencia el 1 de enero de 2005, y les puedo decir que hoy día ya hemos visto la importancia de separar las dos subsecretarías. El potenciamiento de este tema ha sido importantísimo. La generación de planes de promoción y prevención de la salud a nivel nacional se ha desarrollado tanto en estos meses como en los tres años anteriores. Y eso ha sido fundamentalmente por una concentración de las funciones en un área con autoridad política en salud.

Las SEREMIS de Salud son las autoridades sanitarias regionales y tienen a su cargo la fiscalización de la normativa sanitaria y desarrollo de acciones de salud pública, pero no intervienen en ningún tema de la red asistencial. Tenemos así autoridades regionales que se dedican fundamentalmente a los planes de promoción y prevención de la salud y a la fiscalización de la normativa sanitaria.

Ciertamente, las distintas autoridades tienen que coordinarse, compartir su información. La que hace análisis epidemiológico, por lo tanto, tiene que absorber información de la red asistencial, pero lo que no queríamos era que estas autoridades intervinieran en temas de gestión, porque hay otra autoridad que se encarga de la gestión de la red asistencial, que son los servicios de salud. El rol de los servicios es articular, gestionar y desarrollar la red asistencial del sistema, y la red asistencial está compuesta por todos los hospitales públicos, centros de diagnóstico y tratamiento (CDT), centros de referencia en salud (CRS), etc. Hay distintos tipos de establecimientos que forman parte del servicio, como todos los consultorios municipales y, además, todos los que suscriban convenios con los servicios de salud para la prestación de acciones de salud. Entonces, ellos forman parte de la red asistencial y el rol del servicio es que esto se articule de correcta manera para que estos tengan mejores capacidades y que haya una efectiva reacción y contra reacción en los distintos niveles.

Creamos también una Superintendencia de Salud. Antes existía la Superintendencia de las ISAPRES. Ahora se cambió y se llama Superintendencia de Salud. Tiene dos intendencias:

1. La Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud. Lo que hace fundamentalmente esta Intendencia es fiscalizar al FONASA y a las ISAPRES en el cumplimiento de los derechos que tienen para con sus beneficiarios. Hasta el 1 de enero de 2005, un beneficiario del sistema público, esto es, el 75% de los chilenos, no tenían dónde reclamar la violación de algunos de sus derechos en salud, no tenían espacio. Con la creación de la Intendencia, esos beneficiarios tienen un organismo público

al cual recurrir que está dotado de herramientas para solucionar además sus problemas y es fundamentalmente un organismo fiscalizador.

Y algo que es realmente importante, es que en realidad la Superintendencia no tiene facultad rectora ni reguladora. Lo que hace, fundamentalmente, es dictar normas operativas de ejecución en relación a las normas generales que ha determinado, en este caso, el Ministerio de Salud de Chile. Si bien la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales tiene facultad para dictar circulares y de generar aplicación, tanto para el FONASA como para las ISAPRES, lo hace dentro del marco normativo que le fijó el Ministerio o la ley.

2. La Intendencia de Prestadores, que administra un sistema de acreditación de la calidad de los prestadores institucionales, tanto públicos como privados, y además administra un sistema de certificación de los especialistas. Tanto el sistema de acreditación como el sistema de certificación no están a cargo del organismo público. Son sistemas de acreditación y certificación que lo desarrollan en forma privada, pero quien administra estos sistemas y fiscaliza el correcto cumplimiento de las normas es la Intendencia de Prestadores.

En cuanto al Seguro de Salud tenemos:

1. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), que financia el otorgamiento de las prestaciones de salud para los beneficiarios del sistema público y está obligado a otorgar las Garantías Explícitas en Salud. El 75% de la población está cubierta por FONASA y acá se encuentran los indigentes y los carentes de recursos, los que ganan menos del sueldo mínimo, beneficiarios por ley del Fondo Nacional de Salud, y además, el resto de las personas, que son los trabajadores que aportan con el 7% de su remuneración a este fondo.
2. Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que celebran un contrato con un afiliado y por ese contrato el seguro cobra un precio o prima. Tiene a su cargo el financiamiento del otorgamiento de las prestaciones y también está obligado a otorgar las Garantías Explícitas en Salud.

También la lógica de la reforma fue, de alguna manera, igualar a los seguros en términos de las obligaciones que tenían que generar para con sus beneficiarios y meterlos en una lógica sanitaria, porque la lógica de la Garantía Explícita es una lógica sanitaria. No se enfrenta cualquier problema de salud, si

no, se enfrentan los problemas prioritarios para dar salud a la población chilena, definida a través de los mecanismos.

Ahora, el organigrama que originalmente veíamos de distintos actores, lo podemos ver así con los diferentes roles:

En el rol de rectoría y regulación están el Ministerio de Salud, con dos Subsecretarías. También ligado al Ministerio tenemos un Consejo Consultivo porque, por ley, quedó expresamente señalado que a lo menos hay dos materias donde el Ministerio tiene que consultar al Consejo. Primero, en la definición del Objetivo Sanitario Nacional y segundo, en la definición de la Garantía Explícita en Salud. En esas dos materias, está la obligación de consultar al Consejo Consultivo, que tiene distintas formas de constituirse.

En el ámbito de fiscalización encontramos al Instituto de Salud Pública (ISP), en la parte de medicamentos; a la Superintendencia de Salud, que fiscaliza los seguros de salud, FONASA e ISAPRES, y administra los sistemas de acreditación de los prestadores, por lo tanto tiene que ver con los prestadores; y en materia de fiscalización tenemos a la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI), la Autoridad Sanitaria Regional, fiscalizando todo el cumplimiento de las normativas sanitarias en otras actividades reguladas.

Tenemos también los organismos de ejecución, donde hay organismos tanto públicos como privados: FONASA público, ISAPRES privado, y prestadores públicos y privados.

Para finalizar, dos últimas reflexiones, porque lo que se solicitaba dentro del formato era hablar de los niveles de autonomía que existen en materia rectora y reguladora, y también las debilidades y deficiencias que suceden.

En materia de autonomía, yo diría que tanto la Constitución como las distintas normas que le otorgan competencia al Ministerio, le dan bastante autonomía en sus decisiones. Las decisiones de envío de proyectos de ley, si es que no tiene un componente financiero, son decisiones absolutamente del Ministerio de Salud, que más bien tiene una coordinación política con el Ministerio Secretaría General de la Presidencia, que hace la coordinación legislativa del gobierno, pero hay una decisión autónoma del Ministerio de Salud.

Las restricciones políticas, evidentemente, se coordinan con el Ministerio Secretaría General de la Presidencia; las restricciones financieras con el Ministerio de Hacienda; y las restricciones legales son siempre establecidas por la

Contraloría General de la República, que ejerce el control de legalidad de los actos de la administración.

A mí juicio, ¿cuáles son las deficiencias que tenemos en materia de rectoría y regulación? Creo que fundamentalmente lo que se debe fortalecer en el Ministerio de Salud son sus capacidades regulatorias en el ámbito privado, y muy asociado con sus capacidades de conocimiento de la economía. Diría que en general, la fortaleza del Ministerio de Salud es evidentemente sanitaria, pero tiene bastante debilidad en materias económicas, en materias financieras. Y es por eso que, de repente, el diálogo con el Ministerio de Hacienda se hace difícil y es por eso que los diálogos, generalmente, los ganan los Ministerios de Hacienda, porque generalmente se usa bastante voluntarismo de parte de los Ministerios de Salud, porque decimos que tenemos que conseguir esto o aquello para ayudar a la población, pero tenemos debilidades fuertes en cómo argumentar, en tener datos, y en demostrar que es económica y financieramente sostenible lo que estamos solicitando.

Yo creo que fortaleciendo las capacidades en esas materias, se fortalecen también las capacidades rectoras y reguladoras de nuestra autoridad sanitaria.

Muchas gracias.