
PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

CHILE

(1^{ra} edición, marzo de 1999)

(2^{da} edición, enero de 2002)*

(Revisado, abril de 2002)

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

Chile es un estado unitario con un gobierno democrático. La población estimada para 2000 es de 15.211.308 habitantes, 85% de la cual vive en áreas urbanas. El Índice de Desarrollo Humano es de 0,826 colocando al país en el puesto 38 del mundo. Entre 1989 y 2000 el producto interno bruto (PIB) per cápita creció en 66,3%, alcanzando los USD 4.603. El desempleo se mantiene cerca al 10%. El 70% de los hogares chilenos poseen ingresos menores al promedio nacional. El alfabetismo asciende a 95,4% y la escolaridad promedio a 9,9 años. En la última década, la tasa de crecimiento demográfico se redujo de 2,4% a 1,3%, mientras la participación del grupo de mayores de 65 años ha aumentado del 4,3% al 7,0% de la población total.

El Sistema de Salud chileno es mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados. El sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes: los 29 Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP).

El MINSAL vela por el desarrollo de la salud en el nivel nacional, asume el rol rector y regulador del Estado en materia de salud y ejerce la autoridad sanitaria. La función principal del SNSS consiste en brindar prestaciones de salud a través de una red asistencial compuesta por Hospitales, Consultorios Urbanos y Rurales, y Estaciones Médico-rurales y Postas Rurales; también ejerce funciones de regulación. El ISP sirve de Laboratorio Nacional y de Referencia, lo que involucra la normalización y control de calidad de los laboratorios y de los medicamentos; también tiene funciones en la vigilancia y cumplimiento de regulaciones ambientales. La CENABAST facilita la provisión de medicamentos y demás insumos de uso médico al sistema. El FONASA financia las acciones de salud y las inversiones, así como las prestaciones otorgadas a través del Sistema o por otros organismos. Además, establece convenios y fija aranceles. La SISP se encarga de controlar las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

El financiamiento proviene de un aporte fiscal al aseguramiento y la provisión públicos. Además, existe un aporte obligatorio de los asalariados que corresponde al 7% de sus sueldos. El componente público lo gestiona FONASA. Este Fondo recibe los aportes de los asalariados que escogen esta opción de aseguramiento, así como las transferencias del Presupuesto de la Nación para la atención de los indigentes y para el financiamiento de los programas de salud pública. El aseguramiento privado se hace a través de las ISAPRES. En 1999 FONASA cubría al 62% y las ISAPRES al 22% de la población. La población cubierta por FONASA tiene una mayor proporción de mujeres y de adultos mayores que la adscrita a las ISAPRES; sin embargo, la participación de mujeres cotizantes en este último sistema es similar a su representación en la fuerza de trabajo. El 16% de la población restante pertenece a otros sistemas (Fuerzas Armadas, Universidades, etc.) o no está adscrita a ningún esquema formal de seguro.

En el sector trabajan alrededor de 13.074 médicos y 90.000 profesionales, técnicos, auxiliares y administrativos, la gran mayoría de los cuales en el subsistema público; sin embargo, la mayor parte de las horas médicas se aplican al privado. El 89% de los medicamentos son comprados en la red de farmacias privadas; el subsistema público compra en torno al 11%. Alrededor de 38% de éstas compras son a medicamentos genéricos. No existe control para la fijación del precio de los medicamentos. Hay 182 hospitales pertenecientes al SNSS en el país, a los que se deben agregar 8 hospitales delegados, es decir no pertenecientes a los Servicios de Salud, pero que tienen convenios con ellos y forman parte de la red del SNSS. Del total de hospitales del SNSS, 20 son de alta complejidad. También existen 526 consultorios y más de 1.800 postas y estaciones médicas rurales. En el sector privado existen 19 hospitales complejos y 216 clínicas u hospitales de complejidad intermedia y baja.

Durante el gobierno militar, la reforma del sector se caracterizó por la transformación de un sistema de salud centralizado, el Servicio Nacional de Salud (SNS), en un conjunto descentralizado de Servicios de Salud; el traspaso a las municipalidades de la administración de los establecimientos del nivel primario de atención; la instauración del Fondo Nacional de Salud (FONASA), y la creación de instituciones aseguradoras de naturaleza privadas (ISAPRE) en un marco regulatorio extremadamente débil. Al iniciarse el periodo del actual gobierno en Marzo de 2000, el tema de salud ha sido relevado como una de sus prioridades, comprometiéndose una reforma de la salud, cuyo propósito explicitado es garantizar el derecho a la salud para toda la población, sin discriminación de ningún tipo; a mejorar el nivel de salud y a disminuir las brechas y desigualdades según condiciones socioeconómicas y localización geográfica de la población. La primera iniciativa ha sido la presentación al parlamento de un proyecto de ley sobre derechos y deberes de los pacientes.

A lo largo del tiempo desde el sector de la salud se ha contribuido a: (i) controlar la mortalidad materno-infantil, la tuberculosis y la desnutrición; (ii) aumentar la cobertura de atención hasta alcanzar a casi toda la población; (iii) mejorar el acceso a servicios de Atención Primaria y de Urgencia. Para el futuro, el desafío consiste en encarar los cambios demográficos y epidemiológicos que se están presentando; afrontar los retos del desarrollo tecnológico en salud y responder adecuadamente al conocimiento más acentuado que tiene la población sobre las posibilidades de la medicina y su derecho de tener acceso a ellas. Para poder manejar esta situación, se precisa fortalecer un enfoque mixto de racionalización técnica y de participación social.

1. CONTEXTO

1.1 Contexto Político

El Estado de Chile es unitario y su gobierno es democrático. El gobierno y la administración del Estado corresponden al Presidente de la República, quien es elegido cada 6 años¹. El territorio se divide política y administrativamente en regiones (13), en provincias (51) y en comunas (342). La máxima autoridad política en la región es el Intendente, nominado por el Presidente, quien encabeza el Consejo Regional integrado por consejeros regionales elegidos por los concejales municipales en función de la representación política obtenida en las elecciones de las comunas. La máxima autoridad política de las provincias es el Gobernador nominado por el Presidente de la República. La autoridad municipal es el Alcalde, cargo que ocupa el concejal más votado en las elecciones municipales. Los niveles de gobierno municipal y regional se encuentran más consolidados en su estructura administrativa y política que el gobierno provincial. En las próximas elecciones municipales (2004), se elegirá separadamente a alcaldes y concejales.

Los Ministerios (19) son órganos de colaboración del Presidente en la administración de los respectivos sectores. El actual gobierno, que asumió en Marzo de 2000 redujo el número de ministerios a 16. Los Ministerios están desconcentrados territorialmente a través de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), siendo el cargo de Secretario Regional nominado por el Ministro respectivo en consulta al Intendente de la Región. Cada Secretario Regional integra el Gabinete del Intendente. Las necesidades colectivas son satisfechas mediante servicios públicos², empresas autónomas del Estado, y entidades privadas. Los recursos financieros del Estado son administrados por el Ministerio de Hacienda y las propuestas globales, sectoriales y regionales para el desarrollo emanan del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), en coordinación con los demás ministerios.

La coordinación horizontal de los sectores sociales se realiza en el Comité Social de Ministros (Educación, Salud, Vivienda, etc.), que propone al Presidente de la República las líneas principales de la política social. El actual gobierno de Chile ha comprometido la reforma de la salud como una de las siete grandes transformaciones que se propone realizar durante su mandato (2000-2006). Los propósitos de la reforma son: garantizar el derecho a la salud para toda la población, sin discriminación de ningún tipo; mejorar el nivel de salud, y disminuir las brechas sanitarias existentes por condición socioeconómica y localización geográfica de la población. Para impulsar esta reforma, el gobierno constituyó una Comisión Interministerial, presidida por la Ministra de Salud, e integrada por los Ministerios de Hacienda, de la Presidencia y del Trabajo, que tiene como misión evacuar la propuesta que el Presidente deberá entregar al país con los lineamientos de las transformaciones que se busca implementar.

Los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud son: a) la existencia de un 21,7 % de población bajo la línea de pobreza (1998) con un 5,6% de ella que es indigente (1998); b) la persistencia de brechas de género y etnicidad; c) la concentración

del 40% de la población en la Región Metropolitana; d) la presencia de un nivel de desempleo cercano al 10%; y e) la complejidad asociada al proceso de descentralización político-administrativa.

1.2 Contexto Económico

Entre 1989 y 2000 el producto interno bruto (PIB) per cápita creció en 66,3%, alcanzando USD 4.603 en el año 2000³. Entre 1991 y 1997, el Gasto Público Total y el Gasto Público Social aumentaron anualmente entre un 1,5 y 1 puntos porcentuales respectivamente. Sin embargo, la economía chilena presentó una importante desaceleración a partir del segundo semestre de 1998, alcanzando un crecimiento negativo de -1,1% en 1999⁴. Si bien la economía ha ido mostrando una tendencia a la recuperación de la tasa de crecimiento, estimándose una tasa cercana al 4% para el año 2001, la recuperación del empleo ha sido mucho más lenta. La tabla 1 muestra la evolución, de 1991 a 1999, del gasto público total, del gasto público social y del gasto público en salud, como porcentajes del PNB⁵.

Tabla 1. Gasto público total, gasto público social y gasto público en salud, como porcentajes del PNB. Chile 1991-1999 (años seleccionados)

Indicador	1991	1995	1997	1998	1999
PNB per cápita (USD)	3.613	4.612	4.886	4.957	4.492
Gasto Público Total (% PNB)	21,7	20,3	21,9	23,2	24,5
Gasto Público Social (% PNB)	13,1	13,3	14,4	15,3	16,6
Gasto Público en Salud (% PNB)	2,2	2,4	2,6	2,7	2,8

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación: <www.mideplan.cl>

La contribución financiera de los sectores económicos al PNB en 1998 fue: Manufactura, 18,2%; Comercio, Restaurantes y Hoteles, 14,0%; Servicios Personales, 13,6%; Servicios Financieros, 11,3%; Construcción, 8,0%; Transportes y Comunicaciones, 7,8%; Agropecuaria, Silvícola, 5,4%; Minería, 4,2%; Propiedad de Vivienda, 3,9%; Administración Pública, 3,9%; Electricidad, Gas y Agua, 2,7%; Pesca, 1,4%.

1.3 Contexto Demográfico Y Epidemiológico

En el año 2000, la población total estimada fue de 15.211.308 habitantes⁶. Alrededor del 85% habita en zonas urbanas. La urbanización del país en las últimas décadas ha obedecido a la migración desde el campo a la ciudad. Sin embargo, las tasas de migración neta rural urbana han experimentado un sistemático descenso desde los años sesenta, por lo que el futuro demográfico urbano dependerá cada vez más de las tendencias demográficas de su propia población⁷. En Chile las migraciones externas han tenido tradicionalmente saldo negativo, no siendo un factor decisivo en su dinámica poblacional.

Chile se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica. Durante las últimas décadas, se ha producido una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad. Esto se traduce en un crecimiento lento y en un envejecimiento de la población. Así, en los últimos 40 años (1960-2000) se ha reducido la tasa de crecimiento de 2,4% a 1,3% y el grupo de 65 y más años ha aumentado de 4,3% a 7,0%.

En el período 1960-65 la esperanza de vida al nacer era de 58,1 años, mientras que en el periodo 1995-2000 se ha estimado en 75,2 años. Para los años 2010-2020, se proyecta una esperanza de vida de 77,3 años, manteniéndose la diferencia por sexo (la mujer vivirá en promedio alrededor de cinco o seis años más que el

hombre). Muy significativo es el descenso de la mortalidad infantil, cuya tasa bajó de 18,9 por mil nacidos vivos en 1988 a 10,3 por mil en el año 2000⁸. (tabla 2). La mortalidad materna bajó de 7,3 por diez mil nacidos vivos en 1980 a 2,3 en 1996. Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el embarazo terminado en aborto son las causas con mayor importancia de las muertes maternas.

Tabla 2: Indicadores básicos de salud. Chile 1994-2000.

Indicadores	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 hab)*	20,6	19,7	19,3	18,7	18,3	18,3	17,6
Tasa global de fecundidad * *	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 hab) *	5,4	5,5	5,5	5,4	5,4	5,6	5,7
Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nv) *	2,5	3,1	2,3	2,2	2,0	2,3	ND
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nv)*	12	11,1	11,1	10	10,3	10,1	10,3

Fuente(s): *Departamento de Estadísticas e Informática. Ministerio de Salud de Chile. **Estimaciones CELADE para quinquenio 1990-95 y 1995-2000

Las principales causas de muerte en la población general son las enfermedades ligadas a los estilos de vida y envejecimiento, tales como enfermedades del aparato circulatorio y tumores malignos, enfermedades del aparato respiratorio y traumatismo y envenenamientos. Chile se encuentra libre de la mayoría de las enfermedades emergentes o reemergentes, con la notable excepción del Hanta, cuya presencia se confirma en varias Regiones del país. El SIDA sigue también siendo objeto de preocupación, por su posible expansión.

Al igual que en otros países de la Región, el daño de la salud relacionado con el medio ambiente se expresa desde enfermedades transmisibles asociadas a condiciones de insuficiente saneamiento básico, hasta problemas agudos y crónicos derivados de la presencia de contaminantes en el aire, agua, alimentos y suelo. La mala calidad del aire en la Región Metropolitana constituye un problema de alta sensibilidad social y política, especialmente en los meses de invierno. A nivel rural, se enfrenta la necesidad de dar una pronta respuesta a la situación de más 400.000 personas que no cuentan con agua potable. En esta condición se encuentra un importante sector indígena del país. A nivel nacional, se plantea la necesidad de recuperación de las aguas fluviales y marítimas contaminadas por desechos orgánicos (fecas) e inorgánicos (riles). De acuerdo a lo expresado en el último informe de la Contraloría de la República (1999), se vive una situación preocupante dado el alto número de comunas que disponen en forma no sanitaria sus desechos.

1.4 Contexto Social

Chile ocupa el lugar N° 38 en el Índice de Desarrollo Humano (con un valor de 0,826) y el N° 39 en el Índice de Desarrollo Relativo al Género⁹. A fines de 1998, según la encuesta de caracterización socioeconómica del país (CASEN), la distribución del ingreso se mantenía altamente concentrada. Mientras el 20% de los hogares más ricos captaba un 57,3% de los mismos, el 20% de los más pobres percibía sólo un 3,7%. En 1987 esta relación fue prácticamente igual, lo que muestra como las desigualdades de ingreso se han mantenido. En 1998 la población pobre a nivel regional varió entre 34,3% (IX Región) y 11,7% (XII

Región). A nivel de comunas, las variaciones son aún más extremas. La razón entre el ingreso del 20% de población más pudiente y el 20% de población de menores ingresos fue de 15,5 veces en 1998, diferencia que disminuyó a 13,9 veces al considerar los subsidios monetarios que reciben los hogares más pobres por parte del Estado¹⁰. Asimismo, el 70% de los hogares del país percibe ingresos menores al promedio nacional. No obstante, entre 1996 y 1998 el ritmo de reducción de pobreza se desaceleró, pasando de promedios bianuales de un 17% para el período 1990-1996, a una cifra menor a un 7% entre 1996 y 1998. Se estima que a este ritmo recién el año 2022, los porcentajes de la población en situación de pobreza se reducirán por debajo del 10%.

La tasa de desocupación había descendido desde un 10,4% en 1986 hasta un 5,4% en 1996. La crisis económica a partir del segundo semestre de 1998 afectó fuertemente este indicador, el cual ha alcanzado cifras de aproximadamente 10%, las que son aún mayores en la V Región y Región Metropolitana. No hay datos nacionales de empleo informal, aunque las encuestas de caracterización social muestran un 10% de hogares donde alguno de los miembros de la familia tiene una ocupación remunerada sin contrato de trabajo. Las minorías étnicas habitan en todo el territorio. Según el Censo de Población y Vivienda de 1992, la población mapuche representa un 7% del total, concentrándose en la Región Metropolitana (RM) y Regiones VIII y IX; los aymará (0,37%) se concentran en la I Región y en la RM; el pueblo Rapa Nui se concentra en la Isla de Pascua, en la RM y en Valparaíso.

En 1998, la tasa de alfabetismo (en personas de 15 o más años) fue de 95,4%, (hombres 95,1% y mujeres 95,4%). La escolaridad media de la población fue de 9,9 años. Durante los años 90 se produjo un lento pero sostenido aumento de la cobertura de la educación preescolar. En 1998, casi un tercio de los niños y las niñas recibía esta educación, y la asistencia a la educación preescolar en las ciudades era más del doble que en las zonas rurales. La educación básica (8 años) es el único nivel de enseñanza obligatorio y su acceso prácticamente universal. En 1970 su cobertura ya superaba el 90%, y en 1996 era del 98%. Sin embargo, a comienzos de la década pasada, sólo 63% de los niños y las niñas completaban esta educación; en 1997 la cifra se elevó a 76%. La educación media en Chile no es obligatoria. A comienzos de los 90, se había logrado incorporar al 80% de los jóvenes y en 1998 a un 86,9%. Durante la década pasada, la diferencia de cobertura entre los más ricos y los más pobres se mantuvo en más de un 20% a favor de quienes provienen de familias de mayores ingresos.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización General

El Sistema de Servicios de Salud en Chile es un sistema mixto, tanto en el financiamiento como en la prestación. En el financiamiento, combina un esquema de seguridad social con un sistema de seguros de carácter competitivo. Sin embargo, estos dos componentes comparten una fuente de financiamiento que es el aporte obligatorio de los trabajadores asalariados (7% de su renta imponible), con un límite de 60 unidades

de fomento (UF).¹¹ La Constitución del país otorga a los trabajadores la libertad de elegir entre las dos modalidades mencionadas. La primera, de naturaleza pública la gestiona el Fondo Nacional de Salud (FONASA). Este Fondo recibe, además, las transferencias del Presupuesto de la Nación para la atención de los indigentes y para los programas de salud pública por lo que gestiona la globalidad de los fondos públicos y los aportes de los asalariados que escogen esta opción de aseguramiento. La segunda está constituida por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPREs), aseguradoras privadas de salud que administran la cotización obligatoria de quienes opten por adscribirse a ellas. Las ISAPREs pueden acordar con sus clientes primas complementarias para mejorar los planes de salud. Las ISAPREs son fiscalizadas por la Superintendencia de ISAPRE (SISP). Existe otro seguro específico para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que es administrado por Mutualidades de Empleadores y financiado por los empleadores mediante un porcentaje de las remuneraciones (0,9%), el que puede aumentar según el riesgo de accidentabilidad de la empresa. La cobertura global del FONASA en el año 1999 fue de 62% de la población chilena, mientras que la de las ISAPRE fue de 22%¹². El 16% restante corresponde a grupos con sistemas particulares (como las Fuerzas Armadas) o no pertenecen a ningún sistema. La población cubierta por FONASA tiene una mayor proporción de mujeres, especialmente en el segmento de edad fértil, y de adultos mayores que la población adscrita a las ISAPREs.

Los asegurados del FONASA tienen dos posibilidades de acceso a la atención de salud. En la modalidad institucional, sólo pueden utilizar la red pública de prestadores. Toda la población considerada como indigente pertenece a esta modalidad. La otra alternativa es la modalidad de libre elección, reservada a los cotizantes y sus beneficiarios. Estos tienen la opción de elegir dentro de la lista de prestadores públicos y privados que han suscrito convenio con FONASA.

Las ISAPREs pueden ser cerradas o abiertas. En el primer caso, la posibilidad de inscripción está limitada a ciertas personas, en general las que trabajan en una empresa o un sector económico determinado. En el segundo, la inscripción es abierta a toda la población con niveles de renta que les permita afiliarse. En su gran mayoría, las ISAPREs (23 operando en 2000) trabajan preferentemente con prestadores privados, aunque pueden realizar acuerdos con las instituciones públicas de salud para la atención de urgencia, unidades de tratamiento intensivo y pensionados (secciones de hospitales públicos destinadas a atención de pacientes privados, con un número de camas que no puede exceder 10% del total de la dotación). Algunas ISAPREs disponen, a su vez, de su propia red para la atención de sus beneficiarios.

El FONASA y la SISP, si bien son instituciones con patrimonio y personalidad jurídica propia, se encuentran sometidos a la rectoría del Ministro de Salud. Los Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, son los representantes del Ministro en la Región, quien los designa en consulta con el Intendente y pasan a formar parte del gabinete técnico de ese último.

Existen otros dos organismos autónomos de ámbito nacional: el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimiento (CENABAST). El ISP, a la vez que realiza el control de los medicamentos e insumos

médicos, también actúa como laboratorio de referencia nacional y productor de vacunas y reactivos, y tiene funciones en la vigilancia y cumplimiento de regulaciones ambientales. La CENABAST actúa como agente intermediador para la compra de productos destinados al subsistema público.

La provisión de servicios de atención de salud también es mixta. Existe, por un lado, una red pública extensa de hospitales de diversa complejidad, centros de diagnóstico y terapéutica, centros de referencia de salud, centros de salud (llamados consultorios) urbanos y rurales, y postas rurales. La mayoría de los establecimientos del primer nivel son administrados por los municipios. Los hospitales son dirigidos por los Servicios de Salud, entes territoriales descentralizados del Ministerio de Salud (28), a los que se agrega, en la Región Metropolitana de Santiago, el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente (SESMA). Los consultorios de atención primaria están financiados sobre la base del número de personas inscritas. A este aporte del nivel nacional, las comunas pueden agregar un financiamiento propio para la salud, definido con total autonomía. El presupuesto de los hospitales depende de una mezcla de asignación histórica y de retribución financiera para la atención de patologías prevalentes (Pago Asociado a Diagnóstico - PAD) y algunos programas específicos (prestaciones complejas, adulto mayor, etc.).

El sector privado proveedor está conformado por un conjunto de clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias, manejados por personas o sociedades privadas y que tienen una mayor concentración en las regiones con mayor proporción de población del país. La presencia de Organizaciones no Gubernamentales (ONG), sin fines de lucro, es escasa. Existen instituciones caritativas, como la Cruz Roja, CARITAS Chile (Iglesia Católica) con actividades de promoción de la salud o de ayuda directa a los enfermos.

2.2 Recursos Del Sistema

Recursos Humanos. El Colegio Médico tenía 17.292 médicos colegiados en 1998¹³. La inscripción al Colegio Médico no es obligatoria en Chile. Esta cifra implica 11,5 médicos por 10.000 habitantes y es estable en relación con años anteriores (en 1995, existían 17.633 médicos colegiados). En los últimos años, se ha observado una mayor presencia de médicos extranjeros, los que actualmente se estiman en 1.000 profesionales. Los nuevos médicos egresan de un total de 12 Facultades de Medicina (9 públicas y 3 privadas) con una promoción de alrededor de 600 nuevos profesionales por año¹⁴. Las proyecciones existentes indican que en 10 años se alcanzaría un aumento de 50% del número de médicos¹⁵. En cuanto a enfermería, se estima que del total de las 18.000 enfermeras que existen en el país, solamente 8.000 están trabajando activamente en el sector de salud, considerando los subsectores público y privado.

La dotación de médicos en el subsector público es de 13.074 cargos (marzo de 2000). De ellos, 1.688 (13%) están contratados por los municipios para el primer nivel de atención. Estas cifras corresponden a cargos, los cuales pueden ser de tiempo completo o parcial, y no necesariamente reflejan una disponibilidad total de las profesionales que los ocupan. Por otro lado, muchos médicos se desempeñan tanto en el sector público como en el privado, lo que dificulta conocer la disponibilidad de estos profesionales en uno y otro sector. La mayor concentración de horas médicas de especialistas se encuentra en el sector privado.

En total, existen alrededor de 90.000 profesionales, técnicos y auxiliares y administrativos de salud en el subsector público; estas últimas dos categorías representan aproximadamente un tercio del conjunto¹⁶. La razón de enfermeras profesionales es de 1 enfermera por 3 médicos.

El número de cargos de los Servicios de Salud, durante la última década, aumentó en alrededor de 5.000 médicos y de 1.000 enfermeras (76 y 37% respectivamente) (tabla 3)

El salario inicial promedio de los médicos, en los Servicios de Salud, es de 931 USD¹⁷ (profesional recién egresados con 44 horas semanales). En las Regiones, debe agregarse la asignación de zona, que varía de una localidad a otra. El salario promedio general es de 1.389 USD en la capital y de 1.678 USD en las Regiones.

TABLA 3: Recursos Humanos en el Sector Salud. Chile 1991-1999

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Médicos	6.459	6.940	7.315	7.553	7.689	7.831	7.999	8.308	8.780
Enfermeras	2.683	2.790	2.896	3.016	3.131	3.226	3.354	3.479	3.641
Odontólogos	1.125	1.165	1.006	1.007	1.064	1.042	1.078	1.078	1.082
Auxiliares de Enfermería	21.106	21.341	21.639	21.545	21.876	22.166	22.336	22.664	23.067
Médicos por 10,000 beneficiarios del SNSS	6,86	7,90	8,57	8,74	8,90	9,03	9,14	9,37	9,78
Enfermeras por 10,000 beneficiarios del SNSS	2,85	0,30	3,08	3,20	3,33	3,43	3,56	3,70	3,87
Odontólogos por 10,000 beneficiarios del SNSS	1,20	1,24	1,07	1,07	1,13	1,11	1,15	1,15	1,15
Aux, de Enfermería 10,000 beneficiarios del SNSS	22,42	22,67	22,99	22,89	23,24	23,55	23,73	24,07	24,50

Fuente: Anuario de Atenciones y Recursos 1978-1999. Departamento de Coordinación e Informática. Ministerio de Salud. No incluye personal de establecimientos municipales. Información referida a cargos y no personas. No se incluyen cargos de estructura jerárquica ni tampoco médicos del Ciclo de Destinación.

Medicamentos y Otros Productos Sanitarios^{18 19} Datos de 1999 indican que existen en Chile 16.000 productos farmacéuticos registrados. Como se puede dar el caso de empresas que registran un mismo principio activo con una marca registrada y, a la vez, por su denominación genérica y como producto similar, el número de registros supera al número de productos farmacéuticos que efectivamente se comercializa. El 14% de los productos registrados corresponden a medicamentos de venta directa, sin receta médica.

Los medicamentos genéricos representan el 38% del mercado farmacéutico global de venta, pero esta cifra baja a 10% cuando se considera el valor monetario de las ventas, cuyo total ascendió a 632 millones de dólares en 1998 (USD 42 per capita). Este gasto casi se duplicó entre 1994 y 1998.

Las compras efectuadas en la red de farmacias privadas corresponden a 89% del total del gasto, y el 11% a de las compras del subsector público (hospitales). Esta diferencia se debe a que el subsector público utiliza más genéricos, a que no están incluidos los datos sobre gasto de medicamentos por las comunas y a que en el subsector público no se entregan medicamentos a todos los beneficiarios del sistema, quienes se ven por lo tanto obligados a comprar sus recetas en las farmacias. Además existe la automedicación, cuya prevalencia en 1997 fue estimada en 43% de la población en el Gran Santiago.

Aunque que no existe control del precio de los medicamentos, el valor promedio por unidad en el mercado farmacéutico chileno fue de USD 3,4 durante 1998, uno de los precios más bajos de Latinoamérica, lo que está influenciado por las ventas de genéricos, cuyo valor promedio fue de USD 0,88. En 1994, se promulgó un nuevo Formulario Nacional de Medicamentos el cual utiliza una clasificación similar a la lista modelo de la OMS; además incluye una monografía para cada producto farmacéutico. Este listado agrupan 18 grupos farmacológicos, con 261 principios activos y 452 productos farmacéuticos. No existe obligación por parte del Estado para fabricar la lista del Formulario Nacional. Sin embargo las farmacias privadas deben mantener en existencia los productos incluidos en él. Además, los establecimientos de atención primaria del sistema público confeccionan sus listados del Arsenal Farmacológico, sobre la base de los medicamentos del Formulario. Con todo en 1998, el 10% del listado no se encontraba en las farmacias.

El financiamiento de los medicamentos sigue la lógica general del financiamiento de los servicios de salud. En el sector público, el FONASA financia los medicamentos de las personas bajo modalidad institucional. Esta cobertura es teóricamente total para los medicamentos del arsenal farmacológico de los consultorios de atención primaria de salud, pues el per cápita entregado a los municipios considera el rubro de medicamentos básicos en el plan de salud familiar que financia. Para los enfermos hospitalizados y en los consultorios de especialidades, la cobertura financiera varía entre 35% y 100%, dependiendo del nivel de ingreso de las personas. Para los cotizantes bajo modalidad de libre elección, los medicamentos no están incluidos en el arancel. En el sector privado, el beneficiario tiene cobertura parcial o total de medicamento, de acuerdo a la ISAPRES y al tipo de contrato pactado. Por lo general, los medicamentos están financiados durante la hospitalización pero no en atención ambulatoria.

Los establecimientos, tanto públicos como privados, adquieren sus productos farmacéuticos en los Laboratorios y Distribuidores. En el sector público, CENABAST actúa como intermediador para concentrar y facilitar las compras de los establecimientos que así lo desean. Además, es el distribuidor oficial de los productos incluidos en los programas nacionales de salud pública (por ejemplo, vacunas y antituberculosos), de entrega gratuita. En el sector privado, vale la pena señalar la aparición de Administradores de Servicios Farmacéuticos, que se responsabilizan de todo lo referente a medicamentos, desde su selección hasta su utilización. La presencia del farmacéutico es obligatoria en las farmacias privadas y en los hospitales públicos, pero no así en las clínicas privadas. La regulación vigente de los consultorios de atención primaria no hace mención sobre la atención profesional al paciente que demanda medicamentos.

El número de unidades de sangre donadas durante el año 1999 fue del orden de 218.000, de las cuales el 98% fue efectivamente tamizada para detectar la presencia de VIH, HbsAg, HCV, Sífilis y Chagas. Se nota un incremento en el uso de componentes, la proporción de unidades de sangre total siendo inferior al 10% del total de las unidades transfundidas. La mayoría de las donaciones corresponden a familiares (donación por reposición), siendo la parte de donaciones altruistas igual a 2%.

Equipamiento y Tecnologías. En diciembre de 1999 había en el país 2.635 establecimientos públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, además de 223 establecimientos privados²⁰. La red pública ha sido el objeto de un intenso programa de inversiones entre 1990 y 1999, cuyos principales resultados han sido la construcción o reconstrucción de 13 hospitales por un monto de 260 millones de dólares. A ello hay que agregarle modernización de 53 otros hospitales y de 13 centros de atención médica ambulatoria de alta complejidad, por montos de 180 y 105 millones de dólares, respectivamente. Tanto la construcción como la modernización se refieren a obras civiles y a equipamiento médico en la dirección de fortalecer la atención ambulatoria de los pacientes. La tabla 4 presenta el desglose de establecimientos públicos de acuerdo a su nivel de complejidad, y en la tabla 5 se muestra la disponibilidad de equipamiento.

Tabla 4: Tipos de establecimientos públicos de salud. Chile 2001.

Hospitales	196
De los cuales Hospitales de Alta Complejidad	20
Consultorios de Atención Primaria	526
Postas y Estaciones Médicas Rurales	1840
Otros	73

Fuente: División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud.

Tabla 5: Disponibilidad de Equipamiento en el Sector Salud, año 2001

Subsector	Tipo de recurso			
	Camas Censables	Laboratorios Clínicos	Bancos de sangre	Equipo de radiodiagnóstico
Público				
SNSS	29.753	190 (a)	109	nd
Defensa Nacional	2.145	nd	6	nd
Otras instituciones	734 (b)	nd	2 (c)	nd
Subtotal	32.632		117	
Privado (con y sin fines de lucro)				
Hospitales y Clínicas	7.166	80	45 (d)	
Mutualidades de trabajadores	1.378	nd	12	nd
Otras instituciones	261 (e)	nd	-	nd
Subtotal	8.805	nd	57	nd
TOTAL	41.437		174	

Fuente: División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud.

Notas: (a) Sólo hospitales. (b) Corresponden a camas de hospitales delegados, es decir establecimientos hospitalarios que tienen convenios con la Dirección del Servicio de Salud del territorio respectivo para la atención de pacientes beneficiarios públicos.

(c) Hospitales universitarios. (d) 3 Bancos de sangre no asociados a hospitales. (e) Corresponde a establecimientos hospitalarios de la Corporación del Cobre (Codelco)

Los estudios regionales de Red Asistencial realizados en 1999²¹ catastraron equipamiento por un valor de 571 millones de dólares, de los cuales 523 millones corresponden a equipamiento médico e industrial, y los restantes 48 millones a vehículos. El porcentaje de equipamiento con vida útil residual ya vencida se sitúa alrededor de 32%, siendo de 62% en la Región Metropolitana (Santiago) lo que significa un valor de cerca de 90 millones de dólares. Para las otras Regiones, este valor se estima en 60 millones de dólares. La

información acerca del presupuesto de operaciones destinado a conservación y mantenimiento en el sector público se encuentra en las ejecuciones presupuestarias de los Servicios de Salud.

2.3. Funciones Del Sistema De Salud

Rectoría. El Ministerio de Salud ejerce la conducción sectorial y le corresponde formular y fijar, de acuerdo con las directivas del Gobierno, las políticas de salud y las normas y planes generales para el Sistema, además de supervisar, controlar y evaluar su cumplimiento. No existe un mecanismo formal para la definición de las funciones esenciales de salud pública pero un primer ejercicio de medición de estas funciones fue realizado en Diciembre de 2000.

Cuando se produjo la descentralización del Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1979, se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Los servicios públicos que dependen del Ministerio y forman parte del SNSS son: los Servicios regionales de Salud, el Fondo Nacional de Salud, la Superintendencia de ISAPRE, el Instituto de Salud Pública y la Central Nacional de Abastecimiento. Las personas, instituciones y demás entidades privadas gozan de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones que determine la ley.

FONASA ejerce la regulación del aseguramiento en el sector público. Los controles contables corresponden a los procedimientos generales para todos los organismos públicos y son analizados y revisados por la Contraloría General de la República. La regulación y control del sector privado asegurador corresponde a la Superintendencia de ISAPREs. La SISP dicta normas que puntualizan aspectos definidos en la Ley de ISAPREs, tales como condiciones de afiliación, contenido de los contratos de salud, características y forma de expresar los precios de los planes de salud y los aranceles de prestaciones. Sin embargo, la Superintendencia carece de atribuciones para regular las coberturas ofrecidas en los planes de salud. La SISP publica regularmente los dictámenes que emite al resolver las controversias entre ISAPRES y sus asegurados los cuales permiten construir jurisprudencia sobre los objeto de litigio. Por último, la SISP realiza estudios técnicos y produce estadísticas que permiten visualizar el sistema de ISAPRE en forma global, entregando, de paso, herramientas para analizar aspectos concretos de cada una de ellas. Entre otros, calcula un índice para alzas máximas de precios de planes de salud de cotizantes cautivos^{22, 23}.

Los 28 Servicios de Salud territoriales ejercen las funciones de autoridad sanitaria en su jurisdicción geográfica, desarrollando las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud por los distintos proveedores públicos y privados. Respecto de los hospitales públicos de su jurisdicción, las Direcciones de los Servicios de Salud tienen responsabilidades administrativas. Como se ha señalado, existe además un Servicio de Salud, con responsabilidades específicas para el control del medio ambiente en la Región Metropolitana (Santiago). La regulación de los medicamentos e insumos médicos está delegada en el Instituto de Salud Pública.

El Ministerio de Salud preside y es miembro de varias Comisiones Nacionales relacionadas con temas de salud pública: SIDA, Vida Saludable, Adulto Mayor, Medio Ambiente, etc. En el 4 de Julio de 2000 el

“Comité de Ministros para la Reforma de Salud”, que tiene como tarea “proponer, supervisar y dirigir el desarrollo de los estudios y el diseño de los anteproyectos de ley que sean requeridos para realizar los cambios sustanciales al sector”.

Los sistemas de información, si bien insertos en un esfuerzo de mejoramiento, son todavía fragmentados y la información no siempre es completa y oportuna. El elemento más sólido del sistema son los certificados de hechos vitales (nacimientos y defunciones). Su cobertura supera el 90% y permite calcular tasas de mortalidad y cargas de enfermedad. El sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles es también funcional y universal. Los datos relativos a financiamiento y provisión de servicios son todavía mejorables, especialmente respecto del sector privado. Para enfrentar esta situación, en octubre de 2000, se ha vuelto a conformar un Departamento de Estadísticas Sanitarias e Información de Salud en el Ministerio de Salud para recolectar, elaborar y difundir las estadísticas y la información de salud.

La División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud está encargada de la formulación de políticas, normas, planes y programas en materia de regulación y desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, evaluando su aplicación e impacto en los sectores público y privado. Desde su creación en 1997, la División ha avanzado en la elaboración de los reglamentos de la Ley de regulación de las relaciones laborales del personal médico del subsistema público de salud; la elaboración de un plan nacional para disminuir el déficit de médicos especialistas y enfermeras; la implementación de un programa de perfeccionamiento en medicina familiar; el desarrollo del programa de enfermería rural y el monitoreo del nivel de rendimiento de las dotaciones de personal de los Servicios de Salud. Sin embargo, persisten problemas, como son la falta de información sobre los recursos humanos de salud a nivel nacional y una inequitativa distribución de éstos²⁴.

El sistema universitario sufrió una profunda transformación a principios de los años 80 cuyos efectos se hacen sentir hasta ahora, la cual introdujo la libertad de abrir, organizar y mantener establecimientos educacionales, incluyendo universitarios. La creación, en 1990, del Consejo Superior de Educación establece un ente regulador para la administración del sistema de acreditación de nuevas universidades. Además, la Asociación Chilena de Facultades de Medicina (ASOFAMECH) está desarrollando, junto al Consejo Superior de Educación, un proceso de acreditación de dichas Facultades. Hay que señalar la labor de la misma ASOFAMECH para fijar los requisitos mínimos de los centros formadores de especialistas.

Financiamiento y Gasto. Para el subsector público la información sobre financiamiento del gasto en salud es elaborada por FONASA y es confiable y oportuna. Ocurre lo mismo con la SISP para la información financiera de las ISAPREs. Sin embargo, no hay información regular sobre los gastos “de bolsillo”. Los aportes directos de los municipios son informados por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo del Ministerio del Interior, aunque sus registros presentan falta de oportunidad. En 1999, el financiamiento total promedio per cápita era de 114.500 pesos para la población beneficiaria de FONASA e ISAPRE, o sea 235 USD. En cuanto al financiamiento público, su origen se distribuye entre el aporte fiscal para salud, las cotizaciones y copagos de las personas inscritas en el sistema público y los ingresos de

operación. En 1999, esta distribución era de 54%, 39% y 7% respectivamente, mientras que en 1990, las cifras fueron de 41%, 53% y 6%, respectivamente. A esto hay que agregarle los aportes directos de los municipios, cuyo total, para 1998, se estimaba en 4.031 pesos en promedio per cápita. La tabla 6 resume la evolución del financiamiento tanto público como privado, durante la última década (en millones de pesos del año 2000):

Tabla 6: Gasto en salud Sector Público (1) y Privado 1990-2000 (en MM Ch\$ de 2000)

SECTOR	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Público (1)	424.258	495.713	606.791	721.964	784.724	841.219	919.109	964.478	1.069.322	1.127.234	1.223.248
Isapre (2)	265.345	315.722	377.194	438.776	489.226	558.743	608.467	620.662	676.799	670.067	661.258
Municipal	nd	35.077	39.499	39.270	nd						

Fuentes: Departamento de Finanzas y Recursos Humanos FONASA- Balance Presupuestario Sector Público de Salud .Departamento de Estudios Superintendencia de Isapre. Boletín Estadístico Superintendencia de Isapre.

Notas:(1)Se considera como sector salud a aquel vinculado a las siguientes instituciones: Central de Abastecimiento, ISP, Instituto de Salud Pública, Subsecretaría de Salud, S.N.S.S., Super de Isapres y FONASA. (2) Considera a partir del Estado de Resultado del Sistema, Costos de Explotación u Operación más Gasto de Administración

La tendencia futura va a depender esencialmente de la evolución de la situación económica y del nivel del empleo, pues éste determina el universo de los cotizantes y su distribución entre el seguro público (FONASA) y los seguros privados (ISAPREs).

El aseguramiento privado se efectúa mediante las cotizaciones de las personas inscritas en las ISAPREs. La nueva Ley que rige el funcionamiento del FONASA desde Diciembre de 1999, definió, por una parte, que a partir de julio de 2004, ningún afiliado de ISAPRE tendrá acceso al llamado subsidio del 2%, el cual había sido establecido en la década de los años 80 como un subsidio para incentivar el traspaso de afiliados de FONASA hacia las ISAPRE. Además, definió que desde junio de 2000 el subsidio es en moneda corriente y, en un monto tal que el total de la cotización del afiliado dependiente de ISAPRE no exceda de 2 UF del mes anteriormente señalado.

La cooperación financiera externa en salud que recibe Chile es marginal. Se ha gestionado un préstamo por parte del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), destinado a la promoción de la salud de los pueblos indígenas. Su monto es del orden de 45 millones de dólares.

La tabla 7 entrega información sobre la evolución y tendencia del gasto público en salud. Este gasto corresponde al 17,6% del gasto público social, para el año 2000. Se observa un crecimiento promedio anual de 8,6% para el gasto en salud, durante la última década. Sin embargo, la proporción del gasto en salud, dentro del gasto público social se ha mantenido relativamente estable. Con relación al PIB pasó a representar el 2,0% de éste en 1990 a 2,8% en 1999, o sea, un incremento de 40% acumulado.

Tabla 7: Gasto Público en Salud, 1990 – 2000

Indicador	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gasto público nacional en salud per cap. *	45.810	55.758	67.041	77.176	87.282	91.471	98.956	103.931	108.738	110.764	110.217
Gasto público total en salud **	445.687	524.905	613.624	687.869	758.221	790.037	858.208	909.711	984.081	1.014.263	1.099.109

Gasto público social total **	2.921.649	3.189.851	3.522.841	3.861.614	4.097.742	4.395.121	4.820.014	5.088.343	5.474.705	5.901.305	6.260.730
% de Gasto público en salud sobre gasto público social **	15,3	16,5	17,4	17,8	18,5	18,0	17,8	17,9	18,0	17,2	17,6

Fuente: Elaborado por el Ministerio de Planificación y Cooperación (www.mideplan.cl/estudios/gastosalu.pdf) a partir de información del Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud. * En pesos (Ch \$) de 2000. ** En MM Ch \$ de 2000.

La utilización del gasto público en salud es la siguiente: 59,6% para la modalidad institucional, 13,8% para la modalidad de libre elección, 6,4% para programas de salud pública, 5,7% para subsidios de incapacidad laboral, y 14,5% para otros gastos. Dentro de la modalidad institucional (tabla 8), 16,2% del gasto el año 2000 corresponde a atención primaria y el resto a atención secundaria y terciaria.

Tabla 8: Gasto público en salud por nivel de atención. 1990 – 2000 (en MM Ch\$ de 2000)
Modalidad de Atención Institucional (1)

Año	Atención Primaria (2)		Secundaria - Terciaria (3)		Total MMCh\$ 2000
	MMCh\$ 2000	%	MMCh\$ 2000	%	
1990	28.769	11,2	227.968	88,8	256.737
1991	35.700	12,9	240.962	87,1	276.663
1992	40.238	11,3	316.952	88,7	357.190
1993	41.601	10,1	368.655	89,9	410.257
1994	59.369	11,5	459.013	88,5	518.383
1995	61.495	12,0	451.399	88,0	512.893
1996	72.121	12,6	498.725	87,4	570.846
1997	74.769	12,4	529.418	87,6	604.188
1998	88.452	13,8	552.238	86,2	640.690
1999	99.715	15,1	558.641	84,9	658.356
2000	106.678	16,3	549.305	83,7	655.983

Fuente: Balance Presupuestario - FONASA.

Notas: (1) Sólo Considera Gasto en Establecimientos Públicos bajo la Modalidad de Atención Institucional, no incluye a la Modalidad de Libre Elección. (2) La Atención Primaria considera el gasto per-cápita entregado por el Ministerio de Salud a los municipios, más los aportes especiales del programa de reforzamiento de la Atención Primaria. (3) Considera el gasto del SNSS en prestaciones médicas no pecuniarias otorgadas a los beneficiarios de Fonasa.

Como se explicó antes, el financiamiento de la red de salud depende del tipo de establecimiento. Para los consultorios de atención primaria, el aporte es función del número de personas inscritas. El cálculo del per cápita se hace según las características de pobreza y ruralidad de las comunas, lo que puede traducirse en diferencias del orden de 15%. Los hospitales están financiados sobre la base de aportes históricos y de pagos asociados a diagnósticos (PAD) más otros programas específicos (Programa de Oportunidad de Atención (POA), adulto mayor, etc). En el año 2000, la asignación histórica representó alrededor del 80% del total.

Respecto al gasto privado se cuenta con información confiable que proviene del funcionamiento de las ISAPRE, sin que se conozca con certeza lo que ocurre con los gastos “de bolsillo”. La distribución del gasto de las ISAPRE, para el año 1999 fue el siguiente: 63% para prestaciones médicas, 18% para otras prestaciones (principalmente subsidios de incapacidad laboral) y 19% para gastos de administración y ventas.

El margen de utilidad fue del orden de 0.5% sobre los ingresos operacionales. La estructura de gasto es estable y se puede observar una reducción del margen de utilidad durante los últimos años.

Aseguramiento La información disponible es confiable y oportuna para los dos grandes sistemas de aseguramiento: FONASA (público) e ISAPRE (privado). Sin embargo, existe una proporción de la población perteneciente a otros sistemas previsionales (Fuerzas Armadas y Carabineros) o que no está adscrita a ningún seguro. Entre ellos existe un importante número de trabajadores por cuenta propia, heterogéneos en sus niveles de renta, desde algunos que no generan ingresos suficientes para solventar su atención, hasta otros que pueden financiar toda su atención mediante pago directo de bolsillo. Se debe mencionar que los servicios públicos de salud están obligados a atender las urgencias y que los programas de salud pública (como inmunizaciones o control de la tuberculosis) están destinados a toda la población sin discriminación. La tabla 9 muestra la evolución de la distribución entre los sistemas de seguro entre los años 1990 y 2001.

Tabla 9: Distribución de la población por sistemas de seguro. Chile 1990-2001 (años seleccionados)

	1990	1995	1999	2001
FONASA	73,7%	60,3%	62,2%	67,4%
ISAPRES	16,0%	26,3%	22,0%	18,9%
OTROS	10,3%	13,4%	15,8%	13,7%

Fuentes:Fondo Nacional de Salud (FONASA) - Superintendencia de ISAPRE.

Después de un período de crecimiento continuo que culminó en 1995 con una cobertura de 26,3% de la población chilena, las ISAPREs han visto mermada su participación en el sistema global de aseguramiento en consonancia con la evolución del empleo en el país.

- En FONASA, se ofrece cobertura financiera para más de 2.000 tipos de prestaciones. Estas prestaciones pueden ser agrupadas de la siguiente manera: (1) atención ambulatoria: consultas médicas, exámenes de laboratorio clínico e imagenología; (2) atención cerrada: hospitalización, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos; y (3) programas especiales, cardiocirugía, neurocirugía, trasplantes renales y hepáticos, medicina nuclear, atención oncológica, hemodiálisis y programa del adulto mayor.

En la Modalidad de Atención Institucional, los beneficiarios pueden acceder a las atenciones de salud que otorga la red de centros asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Según el ingreso del afiliado, éste debe efectuar copagos que fluctúan entre 10% y 20% del valor de prestación. En la Modalidad de Libre Elección, los afiliados pueden elegir libremente al profesional y establecimiento dentro del Rol de Inscripción del FONASA. Esta modalidad de atención considera siempre la cancelación de un copago por el beneficiario, el cual varía de acuerdo a la prestación y la categoría con que el profesional o el establecimiento estén inscritos en el registro de proveedores de FONASA.

En las ISAPREs el contrato de seguro se suscribe individualmente entre la institución aseguradora y el cotizante, aunque existen planes colectivos cuyos beneficios y costos son negociados entre la ISAPRE y los representantes de los trabajadores de una determinada empresa. Los contratos tienen en general una vigencia

de un año. Como no existen planes obligatorios de referencia, ha proliferado una gran cantidad de planes distintos, cuyo número, a mayo de 2000, sobrepasa los 47 mil vigentes y 11 mil en comercialización. En este contexto, resulta muy difícil comparar los planes y establecer las diferencias entre ellos. De cualquier manera, estos planes, en general, incluyen copagos a cargo de los cotizantes, cuyo valor es también muy variable. Sin embargo, las ISAPREs no pueden proponer planes de salud con una cobertura inferior a un 50% del nivel 1 de FONASA. Recientemente las ISAPREs han implementado un sistema de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC) en los planes de salud, con aportes adicionales de los cotizantes cuyos valores oscilan entre 0 y 1.600 pesos por beneficiario. Este beneficio debe ser otorgado por la ISAPRE a todos sus beneficiarios sin posibilidad de discriminar entre ellos. Adicionalmente, la institución deberá incurrir en todos los gastos asociados a un evento de salud, cuyas prestaciones asociadas son otorgadas en la red nominada por la misma, cuando los copagos asociados a dicho evento superen en treinta veces el precio del plan, con un piso de 60 UF y un techo de 126 UF. Esta iniciativa ha generado una importante controversia, que ha llegado a los tribunales de justicia.

2.4 Provisión de Servicios

Servicios de Salud Poblacional. El Ministerio de Salud es el organismo encargado de proveer los servicios de salud a nivel poblacional. Lo hace por intermedio de los servicios regionales de salud, quienes actúan directamente o por intermedio de otras entidades, como los municipios o proveedores delegados en virtud de un cuerpo legal conocido como Decreto con Fuerza de Ley N° 36.

Las estrategias de promoción han tenido diferentes grados de socialización y desarrollo en el país. Algunas con mayor trayectoria (Programa Salud con la Gente) y otras como iniciativas pilotos (Comunas Saludables). Existen también proyectos de demostración (Programa CARMEN) y por último, algunas están en proceso de formulación local (Estrategias de Escuelas Promotoras de la Salud y Lugares de Trabajo Saludables). Se han formulado metas de impacto para tres factores de riesgo (obesidad, tabaco y sedentarismo) y un factor protector (asociatividad). Adicionalmente, pueden mencionarse la red de Monitoreo de Calidad del Aire en Región Metropolitana, los sistemas de disposición de residuos sólidos y líquidos, y el programa nacional de control de alimentos, manipuladores y locales de expendio.

En cuanto a programas de prevención específica, los de mayor inversión son: vacunaciones, alimentación complementaria, campaña de invierno (control de los trastornos respiratorios), prevención de los accidentes de tránsito, control de marea roja y erradicación de la enfermedad de Chagas. En general, la cobertura de estos programas es muy alta. Como resultados, se puede mencionar la fuerte reducción de la mortalidad infantil por infecciones respiratorias aguda, la casi desaparición de la desnutrición infantil (prevalencia de desnutrición severa inferior a 0,5%), la certificación de la eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas o el logro del umbral de eliminación para la tuberculosis (tasa de morbilidad inferior a 20 por cien mil). De modo similar, las coberturas del Programa Ampliado de Inmunización y de la atención prenatal y del parto superan el 90% en todos los casos.

Existen programas de detección del cáncer cérvico-uterino y del cáncer de mama con coberturas del orden de 60% y 30% de sus respectivas poblaciones objetivo. Los principales desafíos se refieren a publicar el diagnóstico de la situación del cáncer en el país, evaluar los aspectos éticos de las intervenciones en cáncer, consolidar el Sistema de Registro Poblacional de Cáncer y priorizar el financiamiento de la quimioterapia para la totalidad de las mujeres beneficiarias del sistema público, con cáncer cérvico-uterino o cáncer de mama²⁵. Un desafío esencial es el aumento de las coberturas de pesquisa y oportunidad en los tratamientos, especialmente por insuficiente oferta en métodos de diagnósticos y tratamiento radioterapéutico.

Servicios de Atención Individual. La capacidad de elección de los usuarios depende en primer lugar del sistema de aseguramiento en el cual están inscritos. En el sistema privado de las ISAPREs, la libertad es amplia, pudiendo el usuario elegir atenderse con profesionales o instituciones que tengan o no convenio con su ISAPRE. Las ISAPREs incentivan la utilización de los profesionales e instituciones de su lista, o de su propia red en el caso de las ISAPRE que integran seguro y provisión, mediante el empleo de mecanismos de copago cuyas magnitudes se incrementan cuando los proveedores elegidos por el usuario no están en sus listas de profesionales. La situación es la misma en todo el país, pero dadas las condiciones de selección adversa que prevalecen en el sistema privado, de hecho la proporción de población rural inscrita en ISAPRE es más reducida. En el sistema público de FONASA, la posibilidad de elección existe en la Modalidad de Libre Elección (MLE) para quienes cotizan. En este caso la situación es similar a la del sistema privado. La población indigente sólo puede usar la Modalidad de Atención Institucional (MAI), que se limita a los proveedores públicos. Sin embargo, el usuario mantiene la libertad de escoger el centro de salud en el cual se inscribe para su atención primaria. El acceso a la atención secundaria está definida por el centro de salud. Por las condiciones generales de pobreza, la modalidad institucional es más frecuente en la zona rural y es casi la única para las poblaciones indígenas. Además, la dispersión propia al ámbito rural limita las posibilidades de ejercer la libertad de elección del centro de salud de atención primaria. Existen zonas del país en que la provisión privada, especialmente de especialidades y de atención de hospitalizados, es casi inexistente.

El diagnóstico de la infraestructura de los establecimientos de salud del sector público del país indica la existencia, en 1999, de 526 consultorios generales urbanos y rurales y 1.840 postas y estaciones médicas rurales, haciendo un total de 2.366 centros de atención primaria²⁶. Esto significa un consultorio por 28.500 habitantes aproximadamente (1 por 17.100 si se considera únicamente la población afiliada al FONASA). Asimismo existiría una posta rural por 1.200 habitantes, si se considera sólo la población del área rural, estimada en 14,6% de la población total.

No se dispone de los datos relativos al porcentaje de centros de atención primaria que cuentan con sistemas de información computarizados.

El total de consultas y controles efectuados en 1999 asciende a 35.362.454 atenciones de salud, lo que equivaldría a 2,4 atenciones por habitante y por año (a 3,9 atenciones por habitante y por año, limitándose a la población de FONASA). Esto representa un aumento de 15% del número de atenciones en 5 años (1995-

1999)²⁷. De este total, el 81% corresponde a consultas y el 19% a controles. La relación de consultas por habitante y por año alcanza por lo tanto las cifras de 1,9 y 3,2 respectivamente. No se tiene información sobre la proporción de primeras consultas y de consultas repetidas. El 36% de las consultas son de emergencia. De manera general, el 80% de las consultas son realizadas por médicos, 10% por enfermeras y nutricionistas y 10% por auxiliares. Al contrario, para los controles, estas proporciones son de 28%, 50% y 22% respectivamente. El incremento de atenciones observado durante el último quinquenio se debe esencialmente a las consultas, que aumentaron un 20%, mientras que el número de controles no varió.

En cuanto a la odontología, la cobertura del programa de control está en alrededor del 3% de la población del país. Se registraron en el año 1998, un total de 1.367.557 primeras consultas de las que 33%, resultaron en altas integrales. Las restantes no permitieron alcanzar este resultado.

En 1998, año más reciente del que se dispone de estadísticas, el número total de exámenes de laboratorio fue de 36.663.341, mientras que los de imagenología alcanzaron a 3.411.170. Esto corresponde a 2,24 y 0,21 exámenes por consulta médica, respectivamente.

No se dispone de información sobre las causas más frecuentes de consulta. Tampoco sobre la existencia de visitas domiciliarias por personal entrenado.

Respecto del sector privado, la Superintendencia de ISAPREs informó, para el año 1999, un total de 13.689.612 atenciones médicas, sin que se especificara la naturaleza de las mismas. Asimismo, informó de la realización de 16.175.238 exámenes de diagnóstico. Estas cifras corresponden a una razón de 3,6 atenciones médicas y 4,0 exámenes de laboratorio por beneficiario del sistema. En su gran mayoría, estas prestaciones fueron efectuadas en el sector privado. A esta cifra, habría que agregar una proporción de las consultas pagadas por FONASA bajo la modalidad de libre elección.

Para el Nivel Secundario de Atención. En el nivel secundario y terciario se cuenta con 182 hospitales del sector público, a los que se deben agregar 8 hospitales no pertenecientes al los Servicios de Salud, pero que tienen convenios. A ellos hay que agregar 9 centros para consultas especializadas, sin capacidad de hospitalización. Estos hospitales suman entre ellos unas 30.000 camas, lo que equivale a 1 cama para 5.000 habitantes (o para 3.000 beneficiarios de FONASA). El número de camas del sector público se redujo en 10% durante la última década. En el sector privado, se dispone de alrededor de 11.000 camas, distribuidas en 19 hospitales y 216 clínicas u hospitales de complejidad mediana y baja, incluyendo maternidades²⁸.

En 1998, año más reciente del que se dispone de información, el total de egresos del sector público ha sido de alrededor de 1.080.000, con un índice ocupacional de 70,5% y un promedio de 6,83 días de estadía. Eso corresponde a una tasa de 105,0 hospitalizaciones por 1000 usuarios del sistema público, cifra en baja continua durante los últimos años (era de 117,5 en 1990). En el sector privado, la Superintendencia de ISAPREs informó la producción de 424.537 egresos hospitalario en 1999, cifra en aumento con relación a los años anteriores. La tasa de hospitalización corresponde a 122,8 por mil beneficiarios, con un índice de ocupación de 63% y un promedio de estadía de 3,0 días.

Las cinco causas más frecuentes de hospitalización corresponden a complicaciones del embarazo, parto y puerperio, enfermedades del aparato digestivo, enfermedades del aparato respiratorio, traumatismos y envenenamientos y enfermedades del aparato genito urinario.

Existe un conjunto de prestaciones correspondientes a la Ley de Medicina Preventiva y otros componentes adicionales, a los que pueden acceder beneficiarios de los sectores público y privado. Entre éstos se pueden mencionar el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), inmunizaciones, controles de salud y tamizaje para algunas enfermedades, entre otros.

Calidad

Calidad Técnica. El Ministerio está conformando el Consejo Ejecutivo de Calidad, como órgano asesor de la Ministra y de coordinación de las distintas líneas de trabajo en torno a calidad. Esta instancia está constituida por diferentes Divisiones Ministeriales y organismos autónomos. Al interior de la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial (DINRED), que integra el Consejo Ejecutivo de Calidad, existe la Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud (ETESA). Este organismo es encargado de apoyar técnicamente la identificación de los procesos más costo-efectivos para la atención de los problemas prioritarios de salud pública del país. A partir 1998, la evaluación de tecnologías sanitarias fue incorporada en la agenda de los compromisos de gestión suscritos entre el Ministerio de Salud y los Servicios de Salud regionales, con el objetivo de generar una red de colaboración, para la promoción y difusión de la disciplina y sus productos. Esta red está implementada en más de 20 Servicios de Salud, así como en el Instituto de Salud Pública (ISP) y el FONASA²⁹. Asimismo, en la División de Salud de las Personas del Ministerio existe una Unidad de Calidad y Regulación, cuya función es de promover y facilitar el desarrollo de Grupos Normativos Nacionales para el diseño de la calidad en los establecimientos del sector público. A la fecha, se cuenta con cerca de 10.000 personas capacitadas en el programa, lo que permite que 78% de los Servicios de Salud tengan Comités de Calidad y que exista cerca de 100 Comités funcionando en diferentes establecimientos del sistema³⁰. Hay que mencionar también la presencia de iniciativas privadas dedicadas a evaluar las tecnologías en salud, entre otros en la Universidad Católica de Chile y la Universidad de la Frontera (Temuco), así como también en el desarrollo de iniciativas en torno al mejoramiento de la calidad. De un total de 241.480 partos atendidos en 1999, la proporción de cesáreas giró alrededor de 40% (30% en el sector público y 60% en el privado).

Desde los años '80, está funcionando un programa nacional de control de las infecciones intrahospitalarias (IIH) basado en un sistema voluntario de acreditación. El resultado ha sido una disminución continua del problema, del orden del 26%. En la actualidad, la tasa se sitúa alrededor de 4,1 episodios de IIH por 1.000 egresos por año. Además, existen programas de acreditación de establecimientos de salud (en particular de unidades críticas y servicios de urgencia) y de prestaciones complejas. Por otro lado, FONASA realiza un proceso de evaluación con todos aquellos prestadores con los cuales establece convenios de atención para la modalidad de libre elección (especialmente recursos humanos e infraestructura). En el caso de los planes de

salud administrada de las ISAPREs, éstas deben identificar a los prestadores, informar acerca de la acreditación o adscripción de los prestadores individualizados en los planes en el Programa de Control de Infecciones Intrahospitalarias del MINSAL y en el Programa de Evaluación Externa de Calidad de Laboratorios Clínicos del Instituto de Salud Pública, así como la certificación de especialidad médica otorgada por las facultades de medicina de universidades chilenas o la Comisión Nacional de Especialidades Médicas (CONACEM).

No se dispone de información relativa al porcentaje de necropsias sobre el total de fallecimientos hospitalarios. Las muertes infantiles son auditadas. En cuanto a las muertes maternas, que son sólo alrededor de 50 por año, éstas también son auditadas.

Calidad Percibida. En relación con la satisfacción del usuario, desde el año 1998 existe una Carta de Derechos del Paciente, establecida por FONASA la cual está vigente en los establecimientos públicos que adhieren voluntariamente a ella, previa evaluación de los elementos incluidas en ella. Dentro de los derechos especificados, existe el de formular reclamos o sugerencias y recibir respuesta escrita. La consideración de los factores étnicos se hace mediante el Programa de Salud Indígena, el cual ha introducido la presencia de facilitadores interculturales en los servicios de salud y la utilización de señalización bilingüe. El acercamiento entre la medicina académica y la medicina tradicional es todavía incipiente.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA SECTORIAL

3.1. Seguimiento del Proceso

Seguimiento de la Dinámica. La reforma del sector de la salud (RS) en Chile, se inició a principios de la década de los años 80 en el contexto del régimen militar que gobernó el país entre 1973 y marzo de 1990. Las reformas del régimen militar se caracterizaron por una serie de cambios que pueden sistematizarse en: i) la transformación de un sistema de salud centralizado, el Servicio Nacional de Salud (SNS), en un conjunto descentralizado de Servicios de Salud, denominado Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), conformado por 28 Servicios de Salud a cargo de territorios geográficos determinados y un Servicio de Salud del Ambiente en la Región Metropolitana; ii) el traspaso a las municipalidades de los establecimientos de nivel primario de atención para su administración; iii) la creación de una agencia central, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargada de recolectar y distribuir los recursos financieros para la atención de salud en los establecimientos públicos de los beneficiarios del sistema; y, iv) la creación de instituciones aseguradoras de naturaleza privadas (ISAPREs) para administrar las cotizaciones de salud de las personas que optaran por trasladarse a ellas desde el sector público. Otro elemento de importancia y paralelo al surgimiento de las ISAPREs fue la creación de instituciones privadas para administrar los fondos de pensiones, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Si bien, en ese período se duplicó el número de postas rurales y aumentó considerablemente el número de consultorios generales rurales mediante un Plan de Salud Rural, no existió inversión en el nivel hospitalario. Además, se estableció una Ley de Planta

Esquemática (1978) de los Servicios de Salud que congeló el Recurso Humano en condiciones de insuficiencia, lo que ha significado perpetuar falencias y dificultades para mejorar la atención.

En forma paralela, estas políticas de salud se acompañaron de una restricción del aporte fiscal a salud, traspaso de la carga de financiamiento a los usuarios mediante el aumento del porcentaje de cotización obligatoria destinada a salud a 4% y luego a 7%, y creación de incentivos para favorecer el traspaso de afiliados del sector público hacia el privado (pago de licencias maternales por parte del estado, liberando a las ISAPRE de este gasto; subsidio estatal de un 2% de cotización que el empleador podía adicionar al 7% del empleado, y luego descontar de impuestos, para que los trabajadores de bajos ingresos pudieran optar por las ISAPRE). En este período también se produjo una drástica disminución en las inversiones en salud dentro del sector público. Esto se tradujo en: a) disminución del acceso a la salud por barreras financieras; b) crisis hospitalaria por obsolescencia tecnológica; c) pérdida del posicionamiento del sector en temas medioambientales y, d) enfoque curativo en desmedro del preventivo.

A partir de 1990, el proceso de RS se inserta en la propuesta gubernamental de modernización del Estado, a la cual, particularmente a partir de 1994, se adscriben todos los servicios públicos, secretarías de Estado y organismos ministeriales, mediante la elaboración de sus propios compromisos de modernización. En este contexto, el MINSAL asumió el liderazgo de materializar la RS para lo cual debió interactuar con los Ministerios del sector social, el Ministerio de Hacienda, el Ministerio Secretaría General de la Presidencia y con las comisiones de salud y grupos políticos del Congreso Nacional.

Es posible distinguir dos grandes fases en el proceso de desarrollo de la RS durante la década de los 90, período en el cual transcurren dos administraciones de la misma coalición política que en marzo de 2000 inició el tercer período sucesivo de gobierno: Recuperación del subsistema público de salud (1990-1994): con políticas orientadas a: mejorar el acceso de las personas a la atención de salud, especialmente de los más pobres mediante el fortalecimiento del nivel primario de atención; rehabilitar la red hospitalaria pública, con financiamiento parcial mediante préstamos de los organismos financieros internacionales; y fortalecer la prevención y promoción de la salud al igual que el desarrollo institucional del sector público de salud. Se inician esfuerzos para mejorar el rol rector del Ministerio de Salud sobre el conjunto del sistema público y privado, entre los cuales destaca la creación de la Superintendencia de ISAPRE en 1990. Modernización del subsistema público de salud (1994-2000): La modernización de las instituciones de salud contempló el fortalecimiento del rol regulador del MINSAL, la separación de funciones, la readecuación del modelo de atención, la reforma financiera y la reforma programática. Se desarrollaron estructuras e instrumentos para poder ejercer las funciones de acreditación y potenciar el enfoque de calidad en la atención de salud. Una de las iniciativas notorias fue la instauración por FONASA de la carta de derechos de los pacientes, a la cual los establecimientos podían adherir voluntariamente previo proceso de acreditación. Se incorporaron nuevos hospitales y consultorios y aparecieron nuevos tipos de establecimientos como los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y los Centros de Referencia de Salud (CRS). Estos son establecimientos ambulatorios de

alta y mediana complejidad, respectivamente, que ofrecen las especialidades médicas básicas. El componente financiero de la reforma no implicó cambios en el financiamiento del sector pero sí significó modificaciones en los mecanismos de asignación de recursos a los proveedores. Además, se trató de adecuar la respuesta de los servicios de salud a las nuevas necesidades de una población que ha cambiado demográfica y epidemiológicamente y se establecieron 16 áreas prioritarias de problemas de salud.

Durante las etapas recién descritas, el financiamiento de la RS ha corrido a cargo del Gobierno contando, además, con la cooperación de diversos organismos internacionales: el Banco Mundial, en el diseño global del proyecto y el financiamiento de las inversiones más importantes en la Región Metropolitana; el BID, en una propuesta de fortalecimiento integral de tres Servicios de Salud; la AID y la Cooperación Italiana, en el mejoramiento inmediato de la APS a principios de la década; la Cooperación Alemana, Británica y Francesa en proyectos de apoyo e intercambio de experiencias en unidades asistenciales; la Cooperación Japonesa en planes de entrenamiento y asistencia técnica; la Cooperación Española y Canadiense en capacitación, y la OPS/OMS en el Grupo de Apoyo a la Reforma, Evaluación de Tecnologías, y Acreditación, entre otras.

El inicio del tercer gobierno de la misma coalición, la Concertación de Partidos por la Democracia, puso la salud como tema prioritario de la agenda política³¹. El Gobierno ha declarado que la reforma de la salud es una de las siete grandes transformaciones para su periodo 2000-2006. El propósito explicitado de la reforma es garantizar el derecho a la salud para toda la población, sin discriminación de ningún tipo, mejorar el nivel de salud y disminuir las brechas sanitarias según las condiciones socioeconómicas y localización geográficas de la población. Entre los elementos específicos de cambio se encuentran un financiamiento solidario, ley de protección de los derechos de los pacientes, definición de objetivos sanitarios y modelo de atención para la década, plan de salud y fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.

Para impulsar esta reforma, el gobierno constituyó una Comisión Interministerial presidida por el Ministerio de Salud e integrada por los Ministerios de Hacienda, de la Presidencia y del Trabajo. Se estableció también una Comisión Técnica de 7 miembros para el trabajo operativo, y se lanzó una serie de Jornadas de Participación en las diferentes Regiones del país. Durante estas Jornadas, las organizaciones sociales tienen la oportunidad, mediante debates locales, de transmitir las preocupaciones ciudadanas de cara a las prioridades en materia de salud y los cambios necesarios en el sistema. De igual modo, está prevista la consulta de los funcionarios del sector, para que aporten su experiencia cotidiana. Las metas estratégicas establecidas como prioritarias en el programa de gobierno son: consagrar los derechos ciudadanos en salud; reforma solidaria al sistema de financiamiento; elaborar un programa de acceso equitativo a la salud; modernizar la red de protección social de salud; garantías sanitarias en el sector público; desarrollar una política de Estado de promoción en salud; fiscalizar cumplimiento de derechos de beneficiarios de ISAPRE; e institucionalizar funciones de calidad. En el ámbito de la modernización de la gestión se consignan las bases para un nuevo estatuto de administración en salud; sistema de referencia y contrareferencia, sistemas de atención al usuario, programa de cierre de brechas financieras, y elevar la capacidad resolutoria de la

atención primaria. Respecto a la modernización de las relaciones laborales, se estipulan reformas al marco laboral y a la política de remuneraciones, así como favorecer el diálogo y la participación.

Existen metas ministeriales de mediano plazo (2000-2002), así como de corto plazo. Entre las primeras figuran: acceso y oportunidad de la atención, derechos ciudadanos en salud a través de la adhesión de establecimientos públicos y privados a la actual Carta del derecho del paciente MINSAL-FONASA y la creación de un programa nacional de participación de los usuarios. Respecto a la calidad de atención se trata de desarrollar una política de mejoramiento del trato y atención de los usuarios, implementar la nueva Ley FONASA, o Ley de Equidad en Salud, recientemente aprobada en el parlamento, avanzar en el establecimiento de garantías de servicios sanitarios, elaborar y dictar normas de acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones de salud, generar una política de salud ocupacional y un nuevo reglamento sobre condiciones sanitarias y ambientales básicas, establecer un programa de monitoreo de calidad del aire en regiones distintas y metropolitana, regular la producción y comercialización de alimentos transgénicos, ejecutar el plan de Inversiones Sectoriales y promover la suscripción de nuevos convenios de programación con Gobiernos regionales, y dictar los reglamentos de la nueva Ley de los Profesionales de Salud.

Las prioridades de corto plazo para el 2000 se basaron en la reducción de filas a temprana hora en consultorios durante los tres primeros meses de gobierno. El plan que se definió, denominado Programa de Mejoramiento Global de la Atención Primaria, tuvo un costo anual de USD18 millones, lo que representó una expansión de 10% del presupuesto de Atención Primaria respecto al presupuesto originalmente asignado. Al término del periodo establecido, la meta de reducción de filas se había alcanzado en un 82%.

Seguimiento de los Contenidos

Marco jurídico: Si bien, no ha habido modificaciones constitucionales asociadas al proceso de RS y a la orientación general del MINSAL, durante la última década sí han existido importantes modificaciones del marco jurídico que regula el funcionamiento del sector. Las modificaciones en el ámbito de los seguros privados de salud incluyeron la creación de la Superintendencia de ISAPRE, regulaciones para reconocer la propiedad de excedentes de la cotización obligatoria y perfeccionamiento respecto de topes y restricciones de cobertura. En los últimos años las mayores modificaciones fueron introducidas por la Ley 19.650 denominada “Nueva Ley de FONASA” y por la Ley 19.664 conocida como “Ley Médica”. La primera perfecciona normas del área de la salud y fortalece a FONASA en su facultad para recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros, así como para ampliar los mecanismos de financiamiento y de celebración de convenios con proveedores. En esta ley, además, se termina con un subsidio estatal mediante el cual las empresas podían adicionar un 2% a la cotización obligatoria para salud que deben efectuar los trabajadores, cuando éstos optaban a afiliarse en el sistema ISAPREs y descontar dicha contribución de sus impuestos. Incorpora, además, la formulación de las Normas de Calidad, Acceso y Oportunidad de las prestaciones de salud para todos los beneficiarios de la ley 18.469 e incorpora la facultad otorgada al Presidente de la República para crear tres centros de atención de salud Experimentales. La segunda ley significa un

importante cambio en las relaciones contractuales entre los profesionales médicos y las instituciones estatales de salud. Su aplicación incorporará ciertos elementos de flexibilización en las remuneraciones sobre la base del desempeño y las funciones de responsabilidad, disminuyendo el peso relativo de la antigüedad como criterio casi único de progreso salarial. Introduce también cambios para el desarrollo de los profesionales, entre ellos una nueva estructura de distribución de jornadas laborales. Esta ley se aplica, asimismo, a odontólogos, químicos farmacéuticos y bioquímicos, pero no a otros profesionales que laboran en los establecimientos del SNSS. Tampoco se aplica a los médicos ni otros trabajadores de los establecimientos municipales de atención primaria de salud, los cuales cuentan con un marco jurídico-administrativo propio denominado Estatuto de Atención Primaria Municipal. En 1994 la modificación de la Ley 16.744 sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales permitió la incorporación de los empleados públicos a los beneficios que otorga dicho marco legal.

Derecho al cuidado de la salud y al aseguramiento: La Constitución Política del Estado establece que todas las personas que habitan en Chile tienen derecho a la protección de la salud y al libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. El derecho se explicita al elegir el seguro y el prestador de salud por parte de los que cotizan y al acceder a la atención gratuita en los establecimientos públicos para aquellos que no pueden cotizar. Con el objeto de aumentar la cobertura, se han desarrollado programas específicos como la creación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); el programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y las Salas de Hospitalización Abreviada (SHA) para aplicar tecnología apropiada más cerca de las personas; el programa de Listas de Espera con el objeto de disminuir las complicaciones y mejorar el acceso a prestaciones tradicionalmente demoradas; el programa de Reforzamiento de la APS para mejorar su capacidad resolutive y la accesibilidad; el programa destinado a aumentar prestaciones de neurocirugía, trasplantes y de quimioterapia infantil, entre otras; la ejecución de inversiones para reposición de establecimientos de APS, para nuevos hospitales en áreas geográficas con oferta menor que el promedio nacional, para nuevos tipos de establecimientos - como los CRS - destinados a mejorar la capacidad resolutive de la APS y los CDT adosados a hospitales de alta complejidad, y para desarrollar procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios de alta complejidad. En el contexto de la nueva Ley de FONASA, se aprobó terminar con la exigencia que hacían los servicios de urgencia privados y/o públicos a los beneficiarios de FONASA e ISAPRE de contar con un cheque en blanco como depósito de garantía frente a la demanda por atención de emergencia o urgencia vital, con lo cual se ha reducido una barrera a la accesibilidad. En consonancia con el objetivo de fortalecer el ejercicio de los derechos de los pacientes, el Ministerio de Salud ha elaborado un proyecto de ley sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, el cual fue presentado en el mes de junio del 2001 al parlamento.

Rectoría: El nivel central del Ministerio de Salud ha revisado el ejercicio de la función rectora en salud y las funciones de los organismos responsables de ejercerla, desarrollando varias iniciativas para fortalecerla. Se han realizado modificaciones en la estructura organizativa del MINSAL. Se creó una División de Apoyo a la

Gestión que actualmente es la Unidad de Gestión de Servicios. También se creó la Superintendencia de ISAPREs cuyas atribuciones han sido ampliadas dos veces. El ISP, aparte del registro y control de calidad de medicamentos e insumos de uso médico ha fortalecido el control de calidad de los laboratorios. Las regulaciones medioambientales y laborales están siendo desplazadas hacia otros sectores (Comisión Nacional del Medio Ambiente y Ministerio del Trabajo y Previsión Social) aunque parte importante de la vigilancia permanece en salud.

La información que abastece al nivel central del MINSAL, proviene de los organismos locales y es oportuna y de calidad reconocida, lo que permite fijar prioridades y tomar decisiones, aunque es posible mejorar su oportunidad. Con el objetivo de evaluar un ámbito específico de la función rectora, el Ministerio de Salud realizó, en diciembre de 2000, una medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, para lo cual se aplicó por primera vez en la Región el instrumento diseñado por OPS para este fin. Se pudo observar un cumplimiento bueno o regular de las distintas funciones, con las excepciones de “Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública” y de “Investigación esencial para el desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública”.

Uno de los aspectos que se derivan de la aplicación de la nueva ley de FONASA es la elaboración de un cuerpo normativo que permitirá establecer una mejor regulación de la calidad y oportunidad de todos los proveedores públicos y privados que mantienen convenios con FONASA.

En los últimos años se desarrollaron estudios de las redes asistenciales regionales de salud con el fin de establecer las fortalezas y debilidades relativas de cada una de las regiones y orientar las decisiones de inversión de acuerdo al marco de políticas establecidas por la autoridad sanitaria como rectora del sistema.

Separación de funciones. El FONASA y las ISAPREs son responsables del financiamiento y el aseguramiento de sus beneficiarios; los establecimientos asistenciales públicos (SNSS y Municipios) y los privados son los responsables de la provisión de servicios; el MINSAL e ISP, son responsables de la función normativa y de regulación. La ley le asigna a la Superintendencia de ISAPRE la supervisión, regulación y control de las ISAPREs. Cada una de estas entidades cuenta con personería jurídica y patrimonio propio.

Aunque no existen mecanismos de rendición de cuentas públicas ante la sociedad civil, el desarrollo de Compromisos de Gestión a partir de 1995 ha contribuido a generar una cultura de la rendición de responsabilidades entre los diferentes niveles de la jerarquía del sector público de salud. Esta situación se ha visto reforzada por el establecimiento de compromisos de desempeño en otros sectores de la Administración Pública. Un elemento importante es el esfuerzo del gobierno y del Ministerio de Salud por establecer plazos asociados a las políticas que se quieren impulsar lo que permite que la ciudadanía pueda ejercer control social sobre los compromisos adquiridos.

Descentralización: El MINSAL desarrolló una estrategia de descentralización (1980) que abarcó la descentralización del Servicio Nacional de Salud en 26 Servicios de Salud (hoy 28) y un Servicio de Salud del Ambiente en la Región Metropolitana, con personería jurídica y patrimonio propio, y la transferencia de

los establecimientos de APS a la administración municipal. A partir de 1990, se delegaron atribuciones a nivel de SEREMI, para ciertos contratos de personal (campañas sanitarias y otros) y para los procedimientos de Inversión Sectorial de Asignación Regional (ISAR). A finales de la década de los 90, se había logrado que un 40% de los fondos correspondieran a decisiones de inversión tomadas en el nivel regional.

Desde un punto de vista político-administrativo, la creación de los Gobiernos Regionales (1975) fue previa a la creación del SNSS. Aunque los límites de los Servicios de Salud no tienen una relación estricta con los niveles provinciales, sí los tienen en cuanto a los límites regionales. Se han transferido funciones, competencias y recursos para la planificación, la gestión y la toma de decisiones desde el nivel central al local y desde las direcciones de los Servicios de Salud hacia los hospitales. FONASA ha abierto oficinas regionales, la Superintendencia tiene tres oficinas regionales. La CENABAST y el ISP están centralizados.

En los últimos años dos servicios regionales de salud se dividieron para originar otros dos servicios. Al interior de las Direcciones de Servicios de Salud también han ocurrido algunos cambios organizacionales que expresan un mayor énfasis en ciertas áreas de políticas. Este es el caso de la salud ambiental, en la cual la mitad de los Servicios de Salud fuera de la Región Metropolitana (donde existe el Servicio de Salud metropolitano del Ambiente), han aumentado el rango jerárquico de los Departamentos de Salud Ambiental al de Subdirecciones.

Participación y control social: La participación y el control social se han expresado operativamente en Consejos de Desarrollo, tanto de hospitales como de centros de salud ambulatorios y de agrupaciones de municipios. En ellos se integran representantes de la comunidad interna y externa para conocer la marcha del establecimiento, recomendar prioridades y lograr el aporte de recursos adicionales. No hay exclusión de etnias o de género y, potencialmente, todos pueden llegar a ser miembros activos de estos Consejos o participar en el nombramiento de quienes los representen. Los Consejos no tienen una formalización legal, su carácter es consultivo y sus decisiones no son vinculantes para los niveles gerenciales de los establecimientos de salud. Otra iniciativa de participación social son los Comités Paritarios establecidos en la Ley 17.644 de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Estos comités, constituidos por representantes de los trabajadores y de los empleadores, tienen atribuciones para establecer y evaluar los planes de seguridad e higiene laboral en la empresa. En los últimos años, además, se constituyeron Centros de Gestión de Calidad. Dentro de las políticas del actual gobierno, la iniciativa de desarrollar una ley sobre los derechos del paciente busca fortalecer el principio responsable de los derechos en salud.

Financiamiento y gasto: A partir de 1993 se han ejecutado diversos proyectos orientados a mejorar y automatizar los sistemas de información sobre financiamiento y gasto. En los establecimientos hospitalarios donde se ha aplicado el sistema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), generándose cuentas individuales por pacientes y por diagnósticos, y facturas para terceros pagadores. A pesar de los esfuerzos realizados, esta modalidad de pago sólo alcanza al 20% de los recursos presupuestarios que se entregan a los Servicios de Salud. Los sistemas de información son confiables y homologables entre establecimientos y entre Servicios

de Salud. FONASA consolida esta información, la sistematiza y calcula indicadores globales de actividad. Para el nivel primario de atención se estableció, a partir de 1995, un sistema de pago per capita sobre la base de población inscrita, el que ha permitido mejorar la identificación de los beneficiarios del sector público de salud, con sus consiguientes beneficios administrativo-financieros y epidemiológicos.

La composición del financiamiento, la evolución del gasto público, su distribución por agentes gastadores y por componentes, sólo pueden modificarse gradualmente luego de discusiones técnicas y políticas. En el sector público se han desarrollado esfuerzos para reducir el peso del financiamiento sobre las personas al decretarse la gratuidad de atención para los beneficiarios públicos en el nivel primario y la reducción de los copagos en los hospitales para los beneficiarios de FONASA. En el año 2001, se estableció, para las personas mayores de 60 años, la liberación de copago para las atenciones en hospitales del sistema público.

Oferta de servicios: La oferta de servicios es reflejo del modelo de atención, el cual se ha estado redefiniendo. Procedimientos como cirugía ambulatoria, hospitalizaciones de un día y tratamientos abreviados son utilizados por los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. Los mecanismos de referencia y contrareferencia de pacientes entre los niveles de atención entre los Servicios de Salud y Regiones no se han modificado, salvo ensayos de nuevas fórmulas de coordinación entre niveles. En términos generales, la deficiente articulación entre primer nivel de atención y la atención de especialidad es lo que produce mayores problemas, y se expresa en listas de espera para atenciones de especialidad.

En el nivel primario de atención el cambio se centra en un enfoque integral basado en la familia y los actuales consultorios de APS están en transición hacia Centros de Salud Familiar. El Ministerio ha hecho esfuerzos para establecer un plan de salud familiar que incorpora un conjunto de prestaciones promocionales, preventivas y curativas que los establecimientos se comprometen a ejecutar sobre la base de la entrega de un monto de recursos per cápita. En el nivel secundario, funcionan nuevos tipos de establecimientos ambulatorios como son los CRS y los CDT. Los Centros de Referencia de Salud, (6 en el país, de ellos 5 en la Región Metropolitana) han sido definidos como establecimientos de nivel de complejidad intermedio, que ofrecen prestaciones diagnósticas y terapéuticas de tipo ambulatorio en las cuatro especialidades básicas (pediatría, cirugía, medicina interna, ginecología-obstetricia) algunos con subespecialidades de alta demanda, y con un área territorial que cubre varias comunas dentro del territorio de un servicio de salud. Los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT), definidos como establecimientos ambulatorios de alto nivel de complejidad, ofrecen prestaciones diagnósticas y terapéuticas en todas las especialidades médicas. En áreas como radiología se trasladó la mayor complejidad a estos establecimientos desde el hospital base. En el país existen 5 CDT, de los cuales 3 se ubican en Servicios de Salud de la Región Metropolitana.

Para mejorar la situación de las listas de espera se desarrolló un Programa denominado de Oportunidad de Atención (POA), basado en la asignación de recursos financieros contra el compromiso de los proveedores de entregar una cantidad de una determinada prestación de un nivel adecuado de calidad. Otra iniciativa con igual propósito es la de Prestaciones Complejas, en la cual proveedores previamente acreditados

comprometen niveles de actividad. Ambos programas utilizan mecanismos de pago asociados a la atención global del paciente. Además, en los últimos 5 años se ha venido impulsando un sistema de atención pre-hospitalario, el SAMU (Sistema de Atención Médica de Urgencia). Este sistema considera un centro de regulación de las llamadas que la población hace a un teléfono de emergencia (131), en el cual se orienta a la persona que solicita atención y se decide la pertinencia del envío de un móvil con el personal y equipamiento adecuado a cada llamada. El actual gobierno se ha planteado la extensión del sistema a todas las regiones del país. Con el objetivo de terminar con las filas de espera en los consultorios, durante el año 2000 el Programa de Mejoramiento Global de la Atención Primaria consideró el aumento de recursos humanos, sistemas telefónicos gratuitos de reserva de hora médica, extensión del horario de funcionamientos de los centros de nivel primario de las principales ciudades y refuerzo de medicamentos.

Modelo de gestión. El cambio más importante en el modelo de gestión de la red asistencial pública es el desarrollo e implementación de Compromisos de Gestión, lo que marcó un hito en el SNSS al ligar el presupuesto a un compromiso de acciones y metas de los Servicios de Salud, a través de un proceso de negociación anual. Con ello se pretende lograr una mayor interacción entre los equipos del área técnico-asistencial y del área administrativo-financiera. Este instrumento está en pleno desarrollo desde 1994. Desde 1995, su uso se hizo extensivo al interior de los Servicios de Salud y de los Hospitales y Servicios Clínicos. Las metas de los Compromisos de Gestión son precisas, evaluables y poco influenciadas por factores ajenos a la gestión. Los indicadores usados facilitan el análisis global de los Servicios de Salud. Estos esfuerzos intencionados han mejorado la transparencia en la asignación de recursos desde FONASA a los Servicios de Salud, y reducido las asignaciones arbitrarias de fondos e incorporado criterios explícitos en los aumentos de transferencias de recursos (brechas de equidad y de eficiencia).

Existe la capacidad legal e institucional para la compra y venta de servicios a terceros. La externalización se ejerce en ciertos servicios de apoyo (lavandería, aseo, vigilancia, etc.), en establecimientos a cargo de especialidades específicas (fundaciones para enfermos de cáncer), en áreas territoriales con población a cargo (hospitales y consultorios de APS) y en la venta de servicios a aseguradores y prestadores privados, cuando la oferta es limitada en ciudades pequeñas, o cuando la oferta es específica en especialidades en falencia. En el nivel primario de atención existen experiencias de proveedores privados sin fines de lucro (ligados a organizaciones religiosas) a los cuales se les ha asignado población y se les entregan los fondos correspondientes al número de personas beneficiarias que tengan inscritas.

El tema de organizar establecimientos sanitarios públicos autogestionados ha estado en el debate político hace varios años y la creación de un régimen especial para los nuevos establecimientos de salud, con carácter experimental, es un paso que busca otorgar a los equipos gerenciales mayor flexibilidad para adecuar los recursos productivos del establecimiento. No se han entregado a la gestión privada establecimientos de propiedad pública ni tampoco está considerado en las políticas de la actual administración. Desde un punto de vista conceptual, se ha reforzado el hablar de autogestión y no de autonomía, pues cualquier modificación

orientada a dar mayor flexibilidad de gestión a los establecimientos no significa que ellos se independicen de la red asistencial de la cual forman parte. Por el contrario, el objetivo buscado es la optimización en la gestión de las redes asistenciales.

Recursos humanos: El fenómeno de la expansión desregulada de la oferta formativa es una limitante en el sector salud. Es notoria la falta de algunos tipos de recursos profesionales como las enfermeras, oftalmólogos y anesthesiólogos, al tiempo que persiste una inadecuada proporcionalidad entre profesionales y su personal de apoyo. La regulación actual permite al Ministerio de Salud incentivar a los médicos recién titulados a trasladarse a regiones desfavorecidas, compensándoles con remuneraciones especiales y un sistema de puntaje que les facilita el ingresar a becas de especialidad una vez completado un período de permanencia que oscila entre 3 y 6 años (Ciclo de Destinación). Este esquema, ha experimentado un proceso progresivo de descentralización. Hace tres años se creó el Ciclo de Destinación para enfermeras con características similares al ciclo de médicos generales de zona. Para el resto de los funcionarios de los Servicios de Salud, existe un proceso de Reclutamiento y Selección descentralizado, con criterios definidos localmente. A partir de 1997 se ha establecido un Sistema de Asignación por Experiencia y Desempeño, para el personal de los Servicios de Salud y de Desempeño Individual o Institucional de los organismos dependientes no asistenciales. Esta modalidad corresponde a un incentivo individual para las personas con desempeño destacado y corresponde a un monto extra en las remuneraciones que se entrega fraccionado durante el año. El Programa de Centros de Salud Familiar introduce la práctica profesional multidisciplinaria con profesionales en formación o formados en Medicina Familiar. Además, se ha desarrollado el Programa de Pasantías de Profesionales de Atención Primaria de Salud en el extranjero (para que los profesionales puedan adquirir experiencia directa con modelos de salud familiar) y diversos programas de intercambio de profesionales, por la vía del hermanamiento entre hospitales. Las modalidades introducidas para la capacitación del personal son las de Capacitación Convencional, para mejorar las competencias técnica y de gestión, y de Educación Permanente en Salud. Desde 1998 se desarrollaron proyectos de educación permanente en ocho Servicios de Salud para unidades críticas detectadas en el diagnóstico inicial, y la División de Recursos Humanos está desarrollando un curso de formación de cuadros directivos de hospitales. Por otro lado, el MINSAL inició estudios orientados a crear mecanismos de certificación de los trabajadores de la salud. Asimismo realizó un estudio sobre el marco regulatorio de los recursos humanos y otro estudio orientado a revisar el sistema de registro de información sobre recursos humanos.

Si bien, a partir de 1990, se han desarrollado procesos de negociación con los gremios, en el último año la actual administración ha intencionado impulsar un modelo laboral que considera a los trabajadores como parte de las soluciones, fortaleciendo las instancias de negociación y los mecanismos de participación. La participación de los trabajadores de la salud y sus representantes, se centra principalmente en la reivindicación de mejores salarios y en la defensa de las condiciones laborales. Un fenómeno de creciente

importancia en los últimos años es el ingreso de profesionales extranjeros lo cual ha desencadenado diversos conflictos con actores gremiales y políticos.

Calidad y evaluación de tecnologías: La RS incluye iniciativas en los ámbitos de calidad técnica mediante la capacitación de todo el personal y la aplicación de tecnologías apropiadas como los Centros de Gestión de Calidad. Se ha desarrollado una metodología de acreditación de establecimientos asistenciales que se aplicó sobre una base inicialmente voluntaria y que, en la actualidad, es obligatoria. Posteriormente, algunos recursos de programas específicos han sido asignados por FONASA en los establecimientos que cumplen con los requisitos de acreditación para desarrollar dichas prestaciones. En cuanto a calidad percibida, se han desarrollado diversos tipos de encuestas para conocer el grado de satisfacción de los usuarios, además de diversas y variadas iniciativas como son los Servicios de Atención al Paciente (SAP) y los Centros de Información Bilingüe, para población mapuche, en la Región de la Araucanía. Las iniciativas para desarrollar mecanismos de evaluación de las tecnologías en salud (ETESA), son de fecha reciente. En 1998 fue reconocida la Agencia Chilena de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y en los últimos dos años se ha constituido una red referente de ETESA que incluye sobre la mitad de los Servicios de Salud. El ISP, como Laboratorio Nacional de Referencia, tiene entre sus tareas la Certificación de Garantía de Calidad a los Laboratorios Clínicos públicos y privados.

3.2. EVALUACION DE LOS RESULTADOS

Sobre Equidad. Existen algunos indicadores que muestran mejoramientos en equidad que podrían estar asociados a ciertas intervenciones específicas. Este es el caso de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), donde se constata una reducción de las muertes por IRA en domicilio en los menores de tres meses, o el control logrado sobre problemas de salud tales como la mortalidad materna, la tuberculosis, la enfermedad de Chagas o la desnutrición. Por su importancia como indicador de mejoramiento de equidad, se puede mencionar la reducción de la brecha en la Mortalidad Infantil entre las Regiones. Otro elemento que puede destacarse como logro, es la introducción al Programa Ampliado de Inmunizaciones de la vacuna anti-Haemophilus Influenzae tipo B, así como la vacunación contra la influenza, las que previamente sólo estaban disponibles para quienes podían acceder a ellas en el mercado farmacéutico privado.

En cobertura: La atención básica de salud cubre al 100%. La oferta para prestaciones complejas y de algunas especialidades es aún insuficiente para cubrir la emergente demanda por lo cual existen problemas en la oportunidad del acceso y de listas de espera. Por tanto, no se puede decir que la atención curativa esté garantizada, de hecho éste es uno de los fundamentos para hacer una Reforma. En el caso de los beneficiarios del seguro público un importante logro es la reducción del copago a 10 y 20% del arancel en la modalidad de atención institucional, dependiendo del nivel de ingresos del afiliado. Además, FONASA tiene un sistema de préstamos de bajo interés para que los afiliados puedan efectuar los copagos de las prestaciones más caras. Los beneficiarios de ISAPREs que tienen incorporados en sus contratos la cobertura adicional de

enfermedades catastróficas también pueden acceder a préstamos para cubrir el valor de los copagos. Debido a las condiciones estructurales del sistema de salud chileno, el seguro público, en la práctica, actúa como un reaseguro para las ISAPREs pues FONASA debe recibir y no puede rechazar, a todos quienes son excluidos de las ISAPREs. En cuanto a la provisión, particularmente en urgencias y hospitalizaciones existe un número importante de beneficiarios de ISAPREs que se atienden en la red pública. Además, las ISAPREs concentran su cobertura en la población joven, masculina y con mayores ingresos. De hecho el 51,8% de su población está en los 3 deciles más altos de ingreso, mientras que el 69,6% de la población de FONASA se ubica en los 5 deciles más pobres³². En cuanto a la distribución de recursos, existe una política de redistribución del financiamiento del Estado destinado a la APS, a favor de las comunas pobres y rurales. Sin embargo, tal efecto no se observa en la contribución municipal que es más elevada en las comunas más ricas³³.

En acceso: El SNSS tiene una vasta red de establecimientos de distinta complejidad. En términos generales, no hay sectores fuera del alcance de la red asistencial, con excepción de algunos poblados en el norte o de alta ruralidad en el sur. Sin embargo, un punto crítico es el acceso geográfico que impide una atención oportuna de mediana complejidad. La posibilidad de obtener atención de urgencia el mismo día en que se solicita está garantizada por: a) Postas rurales; b) Servicios de Urgencia, adosados a los hospitales; c) Servicios de Atención Primaria de Urgencia, adosado a un Consultorio de APS; d) Servicio de Atención Médica de Urgencia, atención prehospitalaria que cubre más del 60% de la población; y e) Salas de Hospitalización Abreviada, del programa IRA. Para las poblaciones rurales, las condiciones geográficas, climáticas, de transporte y de comunicación significan importantes barreras para el acceso a la atención de urgencia.

La atención no urgente en APS está regulada por un sistema de otorgamiento de citas, lo mismo que las especialidades médicas. A partir del año 2000 se generalizó el sistema de otorgamiento de citas en los establecimientos de nivel primario a través del teléfono mediante el uso de una línea especial sin cobro para el usuario. Como parte del Programa de Mejoramiento Global de la Atención primaria, se amplió el horario de atención de los establecimientos de nivel primario y se reforzaron los equipos de salud con médicos y odontólogos. En la región de la Araucanía (con un 30% de población mapuche) los hospitales habilitaron servicios de información bilingüe. A pesar de estas iniciativas, se observan todavía desequilibrios entre las regiones en términos de atención médica³⁴.

Efectividad y Calidad.

Calidad técnica: Si bien la existencia de comités de calidad está definida en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, no se dispone de un registro de comités por establecimientos de la red asistencial. Las personas inscritas en un Centro de Salud Familiar o en un Consultorio de APS tradicional reciben un “carné de control” que consigna sus datos esenciales y las prestaciones de fomento, protección, curación y rehabilitación. Al momento del alta hospitalaria, todos los pacientes reciben un “carné” que contiene el diagnóstico, el resultado de los exámenes complementarios practicados, el tratamiento recibido y el tratamiento prescrito. Se cuenta con un Programa Nacional de Sangre, que logra controlar casi la totalidad

de las transfusiones. En el área de Infecciones Intrahospitalarias, existe un programa consolidado y los resultados del monitoreo se usan como indicadores de calidad.

Calidad percibida: Las encuestas de opinión de usuarios del sector público muestran que las áreas de insatisfacción se concentran en el trato, entorno deficiente y obsolescencia tecnológica. En el sector privado, éstas corresponden a desconocimiento de los contratos, expectativas exageradas respecto de la realidad y permanencia larga en las salas de espera. En el subsector público se han desarrollado iniciativas tales como Hospital Amigo, Servicios de Atención al Paciente (SAP), visita diaria, padre acompaña a su mujer durante el parto, control prenatal y de planificación familiar en pareja, que tienen distintos grados de desarrollo. El 85% de los hogares estima haber recibido una atención oportuna en el sector público de salud, y casi un 60% estima percibir mejorías en el trato del personal, y porcentajes mayores respecto de mejorías en infraestructura y equipamiento.³⁵ FONASA aparece como la segunda institución pública mejor evaluada en otras encuestas.

Eficiencia.

En la asignación de recursos: La asignación de recursos enfatiza la prevención (accidentes), autocuidado, focalización de recursos en áreas críticas (patologías de alta complejidad, nuevas vacunas introducidas), y aumento de los recursos destinados al nivel primario de atención en el contexto del Plan de Medicina Familiar y del Programa de Mejoramiento Global de la Atención Primaria. Para hacer más eficiente la asignación de recursos, se están introduciendo herramientas tales como Sistemas de Información Gerencial, Pago Asociado a Diagnósticos (PAD), Evaluación Económica y Social de Proyectos, AVISA, criterios de costo-efectividad, y Compromisos de Gestión, entre otros.

En la gestión de recursos: En el ámbito financiero, se ha propiciado la estandarización de procedimientos e intervenciones y la medición de indicadores de actividad aplicados en todos los hospitales. Asimismo, los hospitales han disminuido el promedio de días de estadía, han aumentado el número de egresos por cama, el uso de los pabellones quirúrgicos y conocen los costos medios por día de hospitalización y por consulta ambulatoria. La asignación presupuestaria considera como uno de los criterios el nivel de actividad. En forma progresiva, no sólo las Direcciones de Servicios de Salud, sino también los establecimientos han negociado compromisos de gestión, los cuales incluyen el presupuesto como uno de sus componentes. El presupuesto considera aquellos recursos que los establecimientos recaudan del cobro directo a pacientes, con lo cual se restringe la posibilidad que estos ingresos se usen para expandir el marco de gastos de los establecimientos. También se han incorporado, en forma progresiva conceptos de Gestión Clínica, para orientar el quehacer médico asistencial a una optimización del uso de los recursos.

Sostenibilidad. La legitimidad y aceptabilidad en general del sistema de salud es de larga data. La sostenibilidad a mediano y largo plazo está garantizada desde el punto de vista de las decisiones de política sanitaria y del financiamiento para los programas y servicios. El país tiene capacidad económica para financiar sus presupuestos de operaciones e inversiones en salud y está pagando los créditos contraídos. Para

el futuro, el desafío mayor consiste en encarar los cambios demográficos y epidemiológicos. Sin embargo, éstos ganan en relevancia por dos otros hechos que condicionan su expresión. El primero es el desarrollo tecnológico en salud que, a la vez de aumentar la eficacia de la medicina, incrementa su costo. El segundo es el conocimiento más acentuado que tiene la población sobre estas posibilidades de la medicina y su derecho de tener acceso a ellas. Para poder manejar esta situación, se precisa recurrir a un enfoque mixto de racionalización técnica y de participación social. Otro factor de cambio importante es la globalización. El país va a tener una apertura creciente hacia los mercados mundiales. El sector salud no va a poder mantenerse ajeno a esta influencia, la cual, al margen del riesgo de ingreso de enfermedades exóticas, lo va a afectar en su calidad de productor de bienes y servicios. Se puede pensar en dos mercados en particular: los medicamentos y los seguros de salud. En ambos, la regulación es tan crítica para garantizar la protección de la salud de la población, como lo es el control de las enfermedades.

Participación y Control Social. La creación de los Comités de Desarrollo y de los Comités Paritarios es producto de algunos de los contenidos de la RS. Los primeros son una expresión del esfuerzo de apertura a la participación de los usuarios y de la comunidad organizada. Los segundos, son una instancia legal que asegura la participación de los trabajadores, en el ámbito específico de su salud ocupacional. El envío al Parlamento por parte del actual gobierno de un proyecto de ley sobre derechos y deberes de los pacientes, es valorado como una iniciativa que reforzará el ejercicio de las personas respecto a hacer valer sus derechos a la atención de salud.

* La segunda edición del Perfil fue preparada por un grupo de 7 profesionales y decisores políticos nacionales representantes del Ministerio de Salud (Departamento de Estudios, Unidad de Gestión de Servicios y Superintendencia de Isapres) y de la OPS/OMS. Además, en la preparación de este informe, un borrador inicial fue enviado a todos los Jefes de Divisiones del Ministerio de Salud. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Chile. La revisión externa fue realizada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción corresponde al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

¹ Constitución Política de la República de Chile.

² Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.

³ <http://www.mideplan.cl/estudios/crecimiento.pdf>

⁴ Banco Central: información obtenida de página de sitio web institucional.

⁵ Información obtenida de la página Internet del Ministerio de Planificación y Cooperación: <www.mideplan.cl>

⁶ Instituto Nacional de Estadísticas y Centro Latinoamericano de Demografía.

⁷ MIDEPLAN. Perspectiva y población. 2000.

⁸ Ministerio de Salud / OPS. Situación de Salud en Chile. Indicadores Básico 2001.

⁹ UNDP. Human Development Report 2000.

¹⁰ Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Chile Antes y Ahora 1990-1998.

¹¹ La Unidad de Fomento corresponde a una unidad de transacción financiera que incorpora la inflación . Al 30 de octubre 2001, el valor de una UF correspondía aproximadamente a USD 23.

¹² Fondo Nacional de Salud - Ministerio de Salud. Boletín Estadístico FONASA 1998-1999.

¹³ Quiroga, R. Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile. Ministerio de Salud. 2000.

¹⁴ Ministerio de Educación. Anuario Estadístico de las Universidades Chilenas.

¹⁵ Bastías, G. *et al.* Número de médicos en Chile: estimaciones, proyecciones y comparación internacional. *Rev Méd Chile* 2000; 128; 1167-76.

¹⁶ Quiroga, R. *ibidem*.

¹⁷ Información proporcionada por la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

¹⁸ Los datos que se señalan en esta sección corresponden a información proporcionada en la publicación "Situación del medicamento", de la División Salud de las Personas del Ministerio de Salud identificada con el número 17 en el listado de referencias de la última página.

¹⁹ Ministerio de Salud. División Salud de las Personas. Situación del Medicamento en Chile. 1999.

²⁰ Información obtenida de la página Internet del Ministerio de Salud: www.minsal.cl .

²¹ Ministerio de Salud. División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial. Estudio de Red Asistencial de Salud - Sistematización (Visión Nacional). 1999.

²² Cotizantes cautivos: son personas afiliadas a una ISAPRE, que no pueden optar a cambio de ISAPRE por ser de tercera edad y/o tener enfermedades crónicas o catastróficas". Estas personas, como no tienen libertad de cambiarse de Isapre porque serán rechazadas,, están protegidas por la ley.

²³ Superintendencia de Isapres. Memoria Anual 2000.

²⁴ Quiroga, R. *ibidem*.

²⁵ Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Informe 1990-1999.

²⁶ Información obtenida de la página Internet del Ministerio de Salud: <www.minsal.cl>

²⁷ Ministerio de Salud. Departamento de Coordinación e Informática. Resumen Ejecutivo de Estadísticas de Salud Chile. 1995-1999.

²⁸ Asociación Gremial de Clínicas, Hospitales y otros Establecimientos Privados de Salud: Documento Final Seminario "La Salud Privada en Chile. Desafíos para un Sistema". 63 páginas. Santiago, 19 de Mayo 1999.

²⁹ Información obtenida de la página Internet del Ministerio de Salud: <www.minsal.cl>

³⁰ Ministerio de Salud. División de Salud de las Personas. Informe 1990-1999.

³¹ Ministerio de Salud. Políticas de Salud y Metas Ministeriales (2000-2006).

³² Fondo Nacional de Salud. Una Mirada a Fondo a la Modernización de FONASA. 1999.

³³ Representación de la OPS/OMS en Chile. Información para la Equidad en Salud en Chile. 2001.

³⁴ Representación de la OPS/OMS en Chile. *ibidem*.

³⁵ Encuesta CASEN, 1998.