

EXTRACTO APUNTES SISTEMA DE
SALUD

DOCUMENTO DE TRABAJO

DR HERNAN BUSTAMANTE G.

2. SISTEMAS DE SALUD

2.1- ANTECEDENTES GENERALES

Sin aun ser presidente, y en pleno debate electoral sobre temas de salud, Barack Obama tomó el micrófono, miró a John McCain, candidato republicano, y sorprendió: "Nunca olvidaré el caso de mi madre, que mientras luchaba contra el cáncer en sus últimos días de vida, se preocupaba por si su aseguradora diría que su enfermedad era una condición preexistente para no darle cobertura médica". Esto puso de manifiesto algo no del todo conocido por la población, que la salud en Estados Unidos a pesar de tener enormes adelantos tecnológicos, no es sinónimo de garantizar una mejor salud y que lo realmente importa es que los países sean capaces de organizar su política sanitaria en base a Sistemas.

Para la OMS, un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Por tanto la el número de actores que constituyen un sistema de salud, es tan grande que hoy en día no hay ningún país que tenga un sistema de salud que sea exactamente igual a otro. Y por otra parte, estos sistemas son tan dinámicos que ni siquiera podríamos hablar con total propiedad incluso del Sistema de Salud chileno, dado que hoy esta en discusión una serie de profundas medidas, que podrían dejar obsoleto a cualquier estado del arte que intentemos plasmar en este documento.

De esta forma es que lo que realmente relevante es comprender como han progresado estos sistemas de salud tanto en Chile como en el mundo y agregando las últimas propuestas que han surgido a nivel gubernamental y legislativo sobre la materia.

El sistema que hoy tenemos en Chile es de carácter *mixto*, en el cual está conformado fundamentalmente por 2 subsistemas

- *Sistema de Salud Público*, en el cual el financiador principal es el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el prestador son los Hospitales organizados en Red a partir de los distintos servicios de salud que existen en el país.
- *Sistema de Salud Privado*, en el cual el financiador principal son las Instituciones de Salud Previsional o ISAPRES, con una red de prestadores constituidas

fundamentalmente por Clínicas pertenecientes tanto a empresa privada como a fundaciones sin ánimo de lucro.

Además de estos 2 grandes subsistemas está el **sistema de salud de las Fuerzas Armadas (FFAA)**, el cual también explicaremos sus componentes fundamentales mas adelante.

2.2- DESAFIOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

Todos los sistemas de salud en el mundo a través de su historia han pasado por periodos en los que su principal inclinación ha sido hacia lo público, en otros a lo privado o bien a lo mixto, no obstante el real desafío de estos está en estimar el rol de los subsectores.

En la actualidad la salud a nivel mundial se encuentra en una etapa de transición extremadamente profunda y significativa, cuyas reales repercusiones recién estamos comprendiendo y que requieren un enfoque rápido y proactivo.

Innumerables estudios existen frente a este tema, en el cual existe un consenso que las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas y en particular las causadas por enfermedad cardiovascular sufrirán aumentos sustanciales.

Y aun mas se estima que en 15 años, varios sistemas de Salud serán financieramente insostenibles, dado que no pueden mantener adecuadamente la relación costo de prestaciones versus demandas.

Un caso emblemático lo constituye Francia, considerado el mejor sistema de Salud del mundo para la OMS, que se estima podría colapsar totalmente en el año 2020.

2.3 - DESARROLLO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Para comprender el actual funcionamiento del sistema de salud chileno, resulta indispensable analizar la perspectiva histórica del mismo, ya que a partir de esto surgen una serie de periodos importantes, que indudablemente nos permiten obtener pistas de como será el sistema de salud chileno en el futuro.

Los primeros 300 años de historia sanitaria del país (1550-1850), estuvieron marcados por la caridad, es así como surgieron los lazaretos, en los cuales se intentaba dar “un buen morir”, figuras relevantes en este periodo fueron el Fray Camilo Henríquez, la congregación de hermanos de San Juan de Dios, que posteriormente lo transfirieron a una organización privada, sin fines de lucro, que es la Junta de Beneficencia, formada principalmente por figuras de la sociedad de la época.

Entre 1850 y 1900 se presenta una época marcada inicialmente por el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis y el vibrio cholerae, con sus correspondientes epidemias, lo cual obligaron a tener una mayor organización del sistema de salud. Influidos por los avances de John Snow en la materia, el país inicialmente forma la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos (1858), que pasaría a ser la Junta de Beneficencia (1875), ente privado sin fines de lucro, eminentemente financiado por donaciones y rentas, más un subsidio estatal, administrado por personalidades del mundo social y político de la época.

En 1885 Chile tenía una red de salud que contaba con 60 hospitales con cerca de 4.000 camas. La mortalidad intrahospitalaria era de 14%, cifra alta debido en parte a las epidemias. En ese año Santiago tenía 200.000 habitantes; Valparaíso, 100.000 y Chile, 2.500.000.

Con el advenimiento del nuevo siglo, se comenzó a tener cada vez con mas fuerza la convicción de generar sistemas de seguridad social, aspecto ampliamente mencionado en el capitulo anterior, enfocados en apoyar de forma integral tanto a las poblaciones de menores ingresos económicos como a aquellos que tuviesen algún problema de orden social, laboral o enfermedad. A consecuencia de lo expuesto y utilizando como referente el modelo aplicado por Bismark en Alemania, el Dr. Exequiel González Cortes, envía al parlamento el proyecto de creación del Servicio de Seguro Social, en el año 1921, el que se formaliza en 1924.

Los componentes sanitarios del Servicio de Seguro Social, facilitan la creación en 1924, del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, actual Ministerio de Salud. En este periodo y en particular este Ministerio era el responsable de todo lo vinculado a salud, incluso los ítems de vivienda y trabajo. En este periodo hubo una fuerte coordinación con las Universidades, destacándose una marcada inclinación por la actividad docente asistencial.

En el año 1952 se crea el **Servicio Nacional de Salud (SNS)** y con ello el estado se hace responsable de prácticamente toda la red de Salud existente, conformada fundamentalmente por Hospitales públicos, de beneficencia y algunas organizaciones privadas que también eran subsidiadas por el estado. El vínculo con las Universidades se fortalece estimulando el cargo de Médico docente y desde el punto de vista formativo, se crea el ciclo de destinación docente (actualmente ciclo de destinación y formación o de generales de zona). Todo esto dio sus frutos ya que ni los conflictos sociales de los años 60, ni la crisis política de los años 70 impidió la mejoría continua de los indicadores de salud básicos.

A fines de la década del 60 e inicios de la del 70, el sistema sanitario se presenta muy centralizado y hegemónico, con un sector privado prácticamente inexistente, lo cual provoca insatisfacción progresiva de los usuarios, quienes comienzan en forma incipiente a informarse de mejor forma tanto de sus derechos y deberes, como de su propia salud. Una resultante de esto es que en 1968 el Servicio Médico de Empleados (SERMENA), que era el único fondo prestador de las atenciones de salud, crea el Fondo de Medicina de Libre Elección, el cual permite que las personas se puedan atender en servicios privados de salud. Durante este periodo también se realizó una fuerte inversión en centros asistenciales y desarrollo de personal, llegando a tener más de 100.000 funcionarios el SNS al final de este periodo.

Durante los años 70 este desarrollo se vio comprimido por una serie de sucesos de orden social y político, que provocaron una disminución en el gasto social el cual se reflejó en el sector salud, dejando entre sus consecuencias el fin del SNS el que pasó a constituir una nueva organización que es el del Sistema Nacional de Servicios Salud (SNSS) en el año 1979.

Este cambio suscitado a fines de los 70, se reflejó de inmediato en la década siguiente, caracterizada por una serie de transformaciones del Sistema de Salud Chileno, cuya eje central era fomentar la descentralización técnico-administrativa preexistente, dio origen a dos hechos importantes: La creación de los **servicios de salud**, en el cual cada uno de ellos poseía independencia administrativa y el **traspaso a la administración municipal de los centros de atención primaria**.

Del mismo modo se creó el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

En el año 1985 se crea la ley de salud, (ley 18.469), la cual fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud, permitiendo a las personas la libertad de optar por ya sea por el sistema de atención público o privado y fijar un sistema de contribución proporcional al ingreso para el financiamiento de esta misma.

Ya en la década del 90, los gobiernos de la concertación, en una primera etapa iniciaron una serie de modificaciones tendientes a optimizar el modelo ya desarrollado y que buscaba optimizar el sistema descentralizado imperante y mejorar el acceso a la salud por parte de la población. De esta forma, se aumentó considerablemente la inversión en salud, tanto a nivel interno, como por medio de fondos extranjeros.

Los principales aportes de este periodo se relacionan a la regulación del sistema privado (Ley de Isapres, 1990) y el estatuto de Atención Primaria (1995). Desde esta época surge un profundo análisis coyuntural en términos de acceso y aseguramiento de la atención que se verán reflejados en la Ley Auge que analizaremos más tarde.

2.4 - SISTEMA DE SALUD. ESTRUCTURA ACTUAL.

El sistema de salud chileno es un sistema mixto, liderado por el Ministerio de Salud, el que tiene por tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud.

La base productiva del sistema de salud pública está conformada por el **Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)**. Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio de Salud posee y opera varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación. La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria, dependientes de los municipios. En el capítulo siguiente, se explicará con mayor detalle algunos modelos de red de salud y sus interacciones.

En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por FONASA. El seguro opera sobre la base de un esquema de reparto (se financia con la prima única de 7% de la renta imponible de sus asegurados y con recursos provenientes de impuestos generales de la nación). Los beneficios que este esquema entrega son los mismos para todos los afiliados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

El sistema de salud privado está conformado por las ISAPRE y por productores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en el que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de salud son los hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar el 7% de su renta imponible al sistema de salud, con un tope de UF 4.718 mensual en el caso del financiamiento por FONASA, el cual en 2011 reemplazó al valor previo de 4,2 UF .

Este pago puede ser realizado a FONASA o a una ISAPRE. La afiliación a una ISAPRE requiere de una prima determinada por cada ISAPRE, la cual depende del tipo de seguro que se adquiera y de las características del afiliado. El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7% con el fin de obtener beneficios adicionales.

Los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, aunque están sujetos a un trato especial. Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad institucional (atención cerrada) y la de libre elección (atención abierta). En la primera, los cotizantes reciben las prestaciones en hospitales o centros de atención primaria. En la segunda, los cotizantes reciben sus atenciones de prestadores públicos y privados adscritos a esta modalidad. La modalidad institucional requiere un copago que varía de acuerdo al nivel de ingreso de la persona, quedando exentas de este copago las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo establecido. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de esta modalidad.

2.4.1 - Principales Actores del Sistema de Salud Chileno

El sistema de salud funciona a través de cuatro agentes: el Ministerio de Salud, el Instituto de Salud Pública (Ispch), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y las Empresas de Administración de Salud Previsional (ISAPRE).

Ministerio de Salud (www.minsal.cl)

Al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar, de acuerdo con las directivas que señale el Supremo Gobierno, las políticas de salud y dictar las normas y planes generales para el Sistema.

Las funciones del Ministerio de Salud:

- Dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al Sistema, en conformidad con las políticas fijadas.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Formular los planes y programas generales del Sistema, en concordancia con la política general del Gobierno.
- Coordinar y controlar la actividad de los organismos del Sistema y propender, en la forma autorizada por la ley, al desarrollo de las actividades de salud por organismos y personas que no integran ese Sistema.
- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y normas de salud.
- Relacionarse con personas, organismos y entidades públicas y privadas que no pertenezcan al Sistema o al Sector Salud.
- Fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones respecto de las construcciones, transformaciones y reparaciones de edificios destinados a establecimientos hospitalarios de servicios de salud.
- Cumplir las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos.
- El Reglamento del Ministerio de Salud establece que, para el cumplimiento de las políticas, planes y normas que imparta esa Secretaría de Estado, las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que laboren en salud coordinadamente y dentro de los marcos fijados por el Ministerio constituyen el Sistema Nacional de Salud.
- Los servicios públicos que dependen del Ministerio y forman parte del Sistema son: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional del Sistema de Salud, el Instituto

de Salud Pública, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud.

Las personas, instituciones y demás entidades privadas gozarán de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones que determine la ley.

Instituto de Salud Pública (www.ispch.cl)

El Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) es un servicio público funcionalmente descentralizado, que posee autonomía de gestión y está dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propio, dependiendo del Ministerio de Salud para la aprobación de sus políticas, normas y planes generales de actividades, así como en la supervisión de su ejecución.

La misión del ISP es contribuir al mejoramiento de la salud de la población, garantizando la calidad de bienes y servicios, a través del fortalecimiento de la referencia, la fiscalización y la normalización.

Fondo Nacional de Salud (www.fonasa.cl)

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo.

Asimismo FONASA da cobertura de salud a más de 10 millones de beneficiarios, sin exclusión alguna de edad, sexo, nivel de ingresos, número de cargas familiares legales y enfermedades preexistentes, bonificando total o parcialmente las prestaciones de salud que les son otorgadas por profesionales e instituciones del sector público y privado.

Instituciones de Salud Previsional.ISAPRE (www.isapre.cl)

Las ISAPRE son instituciones privadas que captan la cotización obligatoria de los trabajadores que libre e individualmente han optado.

Estas instituciones otorgan servicios de salud a un 23% de la población en Chile. Hace un par de años era del 27%. Los servicios de salud y el financiamiento de las licencias médicas por enfermedad se prestan con cargo a las cotizaciones. Las prestaciones de salud se entregan directamente o a través del financiamiento de las mismas mediante la contratación de servicios médicos financiados por las ISAPRE.

El Sistema ISAPRE ha contribuido al desarrollo global del sector salud en Chile, descongestionando al sector público y permitiéndole a éste, por tanto, centrar sus esfuerzos en las personas de más bajos recursos.

Con la responsabilidad de otorgar atención a casi cuatro millones de beneficiarios y apoyados en la competencia de libre de mercado las ISAPRE han logrado perfeccionar sus servicios y otorgar más y mejores prestaciones de salud. En este contexto, han desarrollado productos de bajo costo como planes colectivos, enfermedades catastróficas y tercera edad. Actualmente, las ISAPRE reúnen a más de 3,4 millones de beneficiarios y, entre ellos, se encuentran más de 140 mil personas con más de 60 años de edad y con ingresos promedios que hoy van desde los 200 mil pesos hacia arriba.

Superintendencia de Salud (www.supersalud.cl)

La Superintendencia de Salud garantiza el cumplimiento de la ley y genera una **regulación y fiscalización** efectiva, que contribuya a mejorar el desempeño del Sistema de Salud chileno, velando por el cumplimiento de los derechos y garantías de las personas, mediante el desarrollo y la entrega de servicios de excelencia. Colabora en la satisfacción de las necesidades de salud de todos los chilenos, aportando y promoviendo soluciones a los problemas sanitarios de modo ágil, creativo e innovador.

2.4.2 - Plan AUGE. Régimen de Garantías Explícitas en Salud

Acceso y atención de calidad para todos

El Plan AUGE es una de las mayores reformas en el sistema de Salud de los últimos 50 años en Chile. Garantiza atención oportuna, de calidad y sin costos para todas las personas, sin discriminación de edad, género o capacidad de pago. Su objetivo central es que toda la población tenga atención garantizada por ley, promoviendo la igualdad en la calidad y acceso a la salud.

A partir del 1 de julio del 2005, entró en plena vigencia la Ley N° 19.966, conocida como ley AUGE. Los principales cambios que introduce esta normativa se refieren al establecimiento de un Régimen General de Garantías en Salud que se aplica a todos los beneficiarios, sean éstos de FONASA o de ISAPRES. De esta manera, la ley establece que tanto FONASA como ISAPRES deben asegurar a sus beneficiarios el otorgamiento de las condiciones de salud que son explícitamente garantizadas .

La primera etapa del AUGE se inició a través de un piloto en el periodo 2002 – 2005. Este piloto comenzó su ejecución en agosto de 2002 la en el cual las Cardiopatías Congénitas, Insuficiencia Renal Crónica y todos los cánceres infantiles fueron los primeros tres problemas de salud. El total de atendidos en el primer piloto fue de 3 mil 543 pacientes, entre agosto y diciembre de 2002.

Con el transcurso de los años se fueron sumando nuevas patologías tales como el Cáncer Cérvico Uterino, Alivio del Dolor en Cáncer Avanzado.

En 2005 se incorporo a la atención primaria de salud, dado que la hipertensión, diabetes tipo II, salud oral, enfermedades respiratorias, neumonía en el adulto, y la epilepsia no refractaria se tratan directamente en el consultorio. Hoy en día ya son 69 los problemas de salud que están cubiertos por esta ley.