

que debe formularse explícitamente, definiendo sus metas, puntos de control, metodologías y estrategias. Ello en Chile no ha ocurrido y su materialización

exigirá un trabajo arduo, quizás de varios lustros y de más de un gobierno. Lo anterior significa que debe plantearse como una Política de Estado.

COMISION N° 2: ORGANIZACION DEL SECTOR

INTEGRANTES

Dr. Jorge Sánchez V., Coordinador
Dra. Noelle Sahli
Dr. Lionel Bernier
Ing. Alfredo Aguilera

Dr. Alfredo Estrada
Dr. Rafael Ferrer B.
Ing. Mario Fuentealba
Dr. Rafael Ovando

I. INTRODUCCION

El Sistema de Salud de nuestro país ha experimentado importantes cambios en su trayectoria. Tal es así, que antes de los inicios de la década de los 50 existían numerosas Instituciones preocupadas de la atención de la salud de la población, cuya formación se adscribía y circunscribía a las Instituciones previsionales o Mutualidades de diversos sectores, que se reunieron, más tarde, en la Beneficencia Pública.

A comienzos de la década de los 50 se conformó el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.) y más tarde, en la década de los 60, se crearon el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y las Mutuales de Seguridad.

En la década de los 80, se constituyó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con 27 Servicios de Salud, y se transformó e incorporó el SERMENA al FONASA. Además, se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), formadas y administradas por capitales privados.

Este proceso se desarrolló paralelamente a la transformación del Sistema Previsional, que reunió las antiguas Cajas de Previsión en el Instituto de Normalización Previsional (I.N.P.), organismo dependiente del Estado, y se crearon las Administradoras de Fondos de Pensiones (A.F.P.), constituidas y administradas por el sector privado.

Actualmente el Sistema de Salud chileno es mixto y está conformado por dos grandes Subsistemas:

1) *El Subsistema Público*: constituido por los Servicios de Salud y todas las Instituciones dependientes del Ministerio de Salud (MINSAL) y los Consultorios Municipalizados. Con sus dos Modalidades de Atención: la Institucional (a través de los Hospitales y Consultorios) y la Libre Elección (a cargo de FONASA).

2) *El Subsistema Privado*: conformado por las ISAPRE (abiertas y cerradas), Centros Médicos, Consultorios, Laboratorios y Clínicas privadas y las Mutuales de Seguridad (estas últimas sólo atienden casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales).

A estos Subsistemas, hay que agregar la participación desde el punto de vista financiero, del Fisco (aportes al Subsistema Público y transferencias tanto al Subsistema Público como Privado); las compañías de Seguros (cubren los gastos por accidentes y otros siniestros, que vulneran la salud de los beneficiarios contratantes); las Cajas de Compensación (C.C.A.F.) y los Servicios de Bienestar de empresas e instituciones (cubren, en algún porcentaje, los gastos de salud de sus afiliados); además, cabe mencionar la participación de otras entidades, como: Cruz Roja y diversas O.N.G. (que reciben recursos del exterior).

II. ASPECTOS GENERALES

El Sistema de Salud chileno está inserto dentro del ámbito de la Seguridad Social donde participan, fundamentalmente, dos sectores ministeriales en su normatividad y regulación: el MINSAL y el Ministerio del Trabajo y Previsión Social; esto sin perjuicio de la participación indirecta de otros Ministerios u organismos.

Desde el punto de vista legal-previsional de salud podemos distinguir los siguientes sistemas en la realidad chilena:

1. Sistema previsional estatal, que comprende:

1.1. Subsistema Previsional Público de Salud; éste da cobertura en el financiamiento del gasto de acciones de salud a un 75% de la población del país.

1.2. Subsistema Previsional de las FF.AA. y de OO.; éste es un sistema propio, cerrado, exclusivo para dicho sector, estimándose una cobertura de más de 500.000 personas.

2. Sistema previsional privado, comprende:

2.1. Subsistema ISAPRE; éste da cobertura de financiamiento del gasto en acciones de salud a un 23% de la población.

2.2. Subsistema Mutualidades de Seguridad; éste otorga una cobertura de financiamiento del gasto de atención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a más del 70% de la población laboral formal. Existen tres Mutuales en el país.

2.3. Otros Subsistemas; entre éstos podemos mencionar los Seguros de Salud de índole internacional, las Compañías de Seguro u otros organismos que, en alguna medida participan cubriendo los gastos de atención de salud de los afiliados o contratantes.

Desde el punto de vista legal-institucional, podemos distinguir las siguientes entidades:

3. Entidades de Salud del Estado, que comprende:

3.1. Instituciones dependientes del MINSAL, fundamentalmente, los 26 servicios de Salud de la personas, con sus Hospitales (incluidos los Servicios de Urgencia y los Consultorios Adosados de Especialidades); más el Servicio de Salud del Ambiente, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento y FONASA.

3.2. Entidades de Salud Municipalizadas, conformado por los Departamentos de Salud Municipal, las Corporaciones Municipales, los Consultorios y las Postas de Atención Primaria.

3.3. Entidades u organismos de atención para las FF.AA. y de OO.

4. Entidades de Salud del Sector Privado

Reúne a: Hospitales o Clínicas privadas, Centros Médicos, Consultorios particulares, Laboratorios, Centros de Radiología, Organismos de entidades internacionales (Cruz Roja, etc.), O.N.G., ISAPRE.

III. INTERRELACIONES DE LOS SISTEMAS O SUBSISTEMAS

Estos sistemas o subsistemas tienen diversas interrelaciones. En general, se puede mencionar que:

1.- El Subsistema Previsional de Salud de las FF.AA. y de OO. es una organización cerrada para el personal de dichas Instituciones uniformadas, pero las entidades prestadoras (Hospitales o Centros de Atención de la Defensa Nacional y Carabineros) mantienen algunos convenios con los Hospitales de los Servicios de Salud.

2.- El Subsistema Previsional de Salud Público, financia las acciones de salud de sus beneficiarios efectuadas en las Instituciones privadas (Clínicas, Laboratorios, Centros de Atención Radiológica, Consultorios, etc.), a través de la Modalidad de Atención de Libre Elección, que radica en el FONASA.

3.- Las Instituciones de salud pertenecientes al Sector Público, también mantienen convenios con entidades privadas de salud.

IV. OPERATORIA FUNCIONAL DE LOS SUBSISTEMAS PUBLICO Y PRIVADO

El Estado, a través del MINSAL, está a cargo del Sistema de Salud, ejerciendo un rol normativo, regulador y supervisor del Sistema General en su globalidad, correspondiéndole la definición, control y evaluación de las políticas, los planes generales, las normas y los programas de salud del país. De acuerdo a la legislación, su labor se orienta a la regulación, control y supervisión de los Subsistemas:

- a) Público, con el apoyo de la Subsecretaría de Salud, SEREMIS y parcialmente FONASA.
- b) Privado, por intermedio de la Superintendencia de ISAPRE.

1. Operatoria del Subsistema Público

Según la Ley 18.469 de 1985, que regula y establece el régimen de atención, existe un Fondo de Salud, constituido por el 7% de la cotización individual sobre la remuneración imponible, hasta un tope de 60 Unidades de Fomento (UF) para los trabajadores dependientes. Los trabajadores independientes también cotizan voluntariamente un 7% sobre la renta declarada.

Las cotizaciones de los trabajadores dependientes son recaudadas por el I.N.P. y transferidas a FONASA, y las cotizaciones de los trabajadores independientes se recaudan vía A.F.P. (también recaudan las compañías de Seguro, en los casos de pensionados con renta vitalicia), que se remiten a FONASA.

Adicionalmente, existe un Aporte Fiscal, que se justifica para cubrir los casos de indigencia, cesantía y desempleo temporal; pero también cubre los gastos generales de salud (los gastos de fomento, protección y prevención, para toda la población), el Programa Nacional de Alimentación Complementaria y los Subsidios Maternales.

Además existen otros ingresos o fuentes propias que perciben los establecimientos del Subsistema, que se revierten al financiamiento operacional y administrativo.

El 85% de los recursos se centralizan en FONASA, quien los transfiere a los Servicios de Salud, según las indicaciones de la Subsecretaría de Salud y la División de Presupuestos del Ministerio conforme a un mecanismo de asignación de los recursos, denominado FAP (Facturación de Atenciones Prestadas) para los Servicios de Salud, y FAPEM para los servicios municipalizados.

Desde el punto de vista de la atención, existen dos formas o modalidades; una denominada Atención Institucional, que se realiza en los establecimientos del sistema (Hospitales y Consultorios de Atención Primaria) y otra denominada atención Libre Elección, que se efectúa a través de establecimientos o entidades del Sector Privado, pero también en los

establecimientos públicos (en especial a través de salas de Pensionado).

Los afiliados y sus beneficiarios que escogen acceder a las prestaciones que otorga el sistema público de salud, son clasificados en 4 grupos: A, B, C, y D según su nivel de ingresos:

El Grupo A está formado por los que no tienen ingresos y los beneficiarios de pensiones asistenciales. El Grupo B lo conforman aquellos cuyo ingreso alcanza hasta \$43.634. El grupo C corresponde a aquellos cuyo ingreso está entre \$43.634 y \$68.177. El Grupo D son los que tienen ingresos sobre \$ 68.177.

Los afiliados grupo A y B no pagan por las prestaciones que reciben en el Sistema Público. Los del Grupo C pagan un 25% del valor de las prestaciones valorizadas en el nivel 1 del Arancel FONASA y los Grupo D pagan un 50% del valor de las prestaciones en el mismo nivel.

Cabe hacer notar que los afiliados de los Grupos B, C y D cotizan un 7% de sus ingresos para salud.

En la Modalidad de Libre elección, el afiliado y sus beneficiarios deben comprar bonos según la prestación que requieran. Existen 3 niveles en el valor de las prestaciones, según el Arancel FONASA (Tabla 1).

La Modalidad de Libre Elección opera como un Seguro Público de Salud, en la que el afiliado y sus beneficiarios pueden comprar prestaciones en el sistema Público o en el área privada (consultas médicas, clínicas privadas).

En la Tabla 2 se muestran los Ingresos y Gastos de FONASA para 1992

El Gasto per cápita en 1992, considerando un Universo de 10.000.000 de beneficiarios, equivalió a US \$ 98.

COMENTARIOS SOBRE FONASA

1.- Sólo un porcentaje de la cotización del 7% de aquellas personas que escogen la Modalidad de Libre Elección va a financiar las prestaciones de Salud en esta Modalidad y es alrededor de un 30%.

2.- Los cotizantes que aportan su 7% a este

TABLA 1

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Consulta Médica	\$ 2.850	\$ 3.150	\$ 3.685
Valor para usuario	\$ 1.180	\$ 1.380	\$ 1.915
% aporte	(40%)	(43,8%)	(52%)
Valores según Prestación	100	130	150

TABLA 2

Ingresos del Fondo Nacional de Salud año 1992		
Aporte fiscal:	\$ 159.911 millones	42,85%
Cotizaciones:	\$ 130.209 millones	34,89%
Venta bonos curativas:	\$ 25.027 millones	6,70%
Ingresos operación:	\$ 26.365 millones	7,06%
Varios:	\$ 31.653 millones	8,48%
<hr/>		
TOTAL:	\$ 373.165 millones	
Gastos año 1992		
Personal:	\$ 122.127 millones	32,72%
Bienes y Servicios:	\$ 89.006 "	23,85%
Prestaciones previsionales	\$ 56.479 "	15,13%
Transferencias	\$ 40.798 "	10,93%
Inversión real	\$ 30.994 "	8,30%
Varios	\$ 33.761 "	9,04%
<hr/>		
TOTAL	\$ 373.165 millones	

seguro público colaboran en un 34,89% del gasto total en Salud que hace el Sistema Público.

Si suponemos que la población de más altos ingresos opta por derivar su 7% de cotización para Salud a las ISAPRE, resulta que la Salud de los más pobres es financiada con el aporte de los menos pobres, dejando al grupo económicamente más pudiente fuera.

3.- Aparece como necesario desglosar el gasto en la Modalidad Institucional y aquel de la Modalidad de Libre Elección, para poder saber exactamente cómo es el gasto.

También es fundamental conocer cuántas personas son del grupo A,B,C, y D, para que el Estado pueda concentrar mejor el subsidio a los más pobres.

4.- El aporte fiscal debe incrementarse en forma importante ya que la responsabilidad de otorgar un acceso igualitario a las prestaciones de Salud al sector más desposeído del país debe hacerse con los aportes de todos los chilenos vía impuestos generales y sobre la base de la clase media y media baja.

No es posible que para dar Salud a por lo menos unos 3 millones de personas sin ingresos y a los pensionados, el aporte fiscal sea sólo un 42,85% del gasto total del sector público.

5.- La Modalidad de Libre Elección no puede ser menos atrayente: el valor del bono de consulta y de otras prestaciones es muy bajo para el prestador de salud, y al usuario le cuesta, en el mejor de los casos, en forma de pago directo, un 40% del valor total.

2. Operatoria del Subsistema ISAPRE

Las Instituciones de Salud Previsional ISAPRE fueron creadas por decreto en 1981 (DFL N° 3 del 19 mayo 1981), posteriormente en marzo de 1990 se dictó la Ley N° 18.933 que creó la Superintendencia de ISAPRE y derogó el DFL N° 3 de 1981.

Los aspectos más importantes de esta ley son los siguientes:

2.1.- Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, con personalidad jurídica y patrimonio propio.

2.2.- Corresponde a esta Superintendencia la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional.

2.3.- Mediante esta ley se reemplaza al FONASA en la tarea de inscripción y fiscalización de las ISAPRE.

2.4.- La autoridad máxima de la Superintendencia (Jefe Superior de la Superintendencia) es nombrada por el Presidente de la República y es funcionario de su exclusiva confianza.

2.5.- Las Instituciones de Salud Previsional tienen como objeto exclusivo otorgar las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud (7% del sueldo imponible) o una superior convenida entre la ISAPRE y el cotizante.

2.6.- Las prestaciones de salud pueden realizar-

las directamente o a través del financiamiento de las mismas.

2.7.- Se les prohíbe realizar convenios con los Servicios de Salud pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, salvo para la utilización de servicios de pensionado, unidades de cuidados intensivos y atención en servicios de urgencia.

2.8.- El capital necesario para solicitar el registro es de dos mil unidades de fomento (2.000 UF).

2.9.- Las ISAPRE deben constituir y mantener en la Superintendencia una garantía equivalente a un mes de las cotizaciones percibidas.

2.10.- Los afiliados deben suscribir un contrato con la ISAPRE a la cual se afilian. En este contrato se deben estipular al menos:

2.10.1.- Las prestaciones y demás beneficios pactados;

2.10.2.- Los períodos de carencia, esto es el tiempo durante el cual no obstante estar vigente el contrato, no son exigibles todas o algunas de las prestaciones o beneficios pactados;

2.10.3.- Explicitar cuando existan las exclusiones de prestaciones;

2.10.4.- Forma en que se modifican las prestaciones o beneficios por la variación de la cotización mínima legal del afiliado, derivada de la modificación de su ingreso;

2.10.5.- Forma en que se modifican las cotizaciones, prestaciones y beneficios por incorporación o retiro de beneficiarios legales.

2.11.- Las cotizaciones están exentas de impuesto.

2.12.- Se pueden afiliar a una ISAPRE las personas que no se encuentren cotizando en un régimen previsional o sistema de pensiones.

2.13.- Los contratos son pactados por un plazo

indefinido, el cotizante puede cambiarse de ISAPRE al cabo de un año.

2.14.- Las ISAPRE, además de la cotización del 7% de la remuneración imponible pueden recibir:

- a) Un 2% adicional del empleador, descutable de impuestos, (1 UF para el afiliado y 0,5 UF por cada carga, hasta un tope de 2 UF; en caso que la cotización básica de éste no le alcance para cubrir el plan que contrata);
- b) Aportes voluntarios del afiliado o del empleador.

Cabe señalar que los afiliados del sexo femenino perciben el Subsidio Maternal, y todos los beneficiarios reciben los beneficios de los programas de campañas de educación, fomento y protección efectuadas por el Sector Público de Salud.

Las 35 ISAPRE existentes en 1992 se pueden clasificar en ISAPRE Abiertas y Cerradas; ISAPRE con y sin fines de lucro. Las siete ISAPRE más grandes representan el 80,5% del total de los beneficiarios (Tabla 3).

Cada ISAPRE tiene una variedad de planes según la renta, estructura familiar, edad, sexo, profesión, entre otras características. En su conjunto, son más de 5.000 los planes actualmente existentes, para un universo de 3 millones de beneficiarios.

Las prestaciones que entregan las ISAPRE se pueden diferenciar en:

- 1.- Consultas médicas;
- 2.- Exámenes de diagnóstico;
- 3.- Procedimientos de apoyo clínico-terapéutico;
- 4.- Intervenciones quirúrgicas y
- 5.- Otras prestaciones.

En la tabla 4, se muestran las prestaciones financiadas por el Subsistema ISAPRE, para los años 1990 a 1992.

TABLA 3.- PARTICIPACION EN EL MERCADO ISAPRE

NOMBRE ISAPRE	BENEFICIARIOS PORCENTAJE	1992 NUMERO
Consalud	22,9	686.782
Banmédica	14,2	426.205
Cruz Blanca	11,7	350.995
Promepart	11,3	338.858
Compensación	9,3	278.458
Colmena G. Cross	7,5	224.577
Vida Tres	3,6	109.128
Restante (28 ISAPRE)	19,5	585.060
TOTAL	100	3.000.063

El resultado del sistema ISAPRE al 31 Diciembre de 1992 se indica en la Tabla 5. El total de los ingresos ascendió a 243.540 millones de pesos; de los cuales las cotizaciones legales de salud representan al 83,4%; las cotizaciones adicionales el 11,8%, y el aporte adicional de los empleadores el 4,8%.

En la tabla 6 se indica la estructura de ingresos y egresos del sistema ISAPRE durante el año 1992. Se constata que los Costos de Explotación constituyeron el 78,9% y el Margen Neto de Explotación fue de 21,1 %. Al mismo tiempo, los Gastos de Administración y Ventas constituyeron el 18,3%, entregando un resultado operacional de 2,7% (M\$ 6.645.794).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico será abordado desde varios ángulos. El primero dice relación con las funciones, pudiendo distinguirse las funciones normativas, productivas y financieras. El segundo, atañe a la organización y los recursos humanos. También abordaremos algunos aspectos del sistema ISAPRE.

V. LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

A. FUNCIONES NORMATIVAS:

Es una función propia del Gobierno que la ejerce principalmente a través del MINSAL, las Secretarías Regionales, las Direcciones de los Servicios de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Superintendencia de ISAPRE. Estas Instituciones también efectúan tareas de control. A ellas debe agregarse la Contraloría General de la República.

1.- El MINSAL, según la Ley N° 2.763, tiene como funciones: dirigir y orientar las actividades del Estado relativas al SNSS en conformidad con las políticas fijadas, dictar normas, formular planes y programas, coordinar y controlar, supervisar y evaluar. Sin embargo, gran parte de la organización actual está dedicada a labores ejecutivas y se han descuidado las labores de planificación y programación, como también la evaluación de resultados, acción que se ve muy dificultada por el atraso en más de dos años de las estadísticas.

Esta forma de actuar del Ministerio repercute en

TABLA 4
PRESTACIONES POR CADA MIL BENEFICIARIOS SISTEMA ISAPRE

PRESTACIONES	AÑOS		
	1990	1991	1992
Consultas médicas	3.390,5	3.559,2	3.510,9
Exámenes de diagnósticos	3.102,6	3.335,7	3.280,6
Proced. apoyo clínico/terapéutico	1.551,3	1.703,9	1.672,6
Intervenciones quirúrgicas	77,4	103,7	91,9
Otras prestaciones	1.445,6	1.347,6	1.443,0
Total prestaciones	9.913,9	10.050,1	9.998,5

TABLA 5
INGRESOS EXPLOTACION SISTEMA ISAPRE 1992 M\$

Cotización legal	203.184.287	83,4%
Cotización adicional afiliados	28.718.442	11,8%
Aporte adicional empleadores	11.637.585	4,8%
Total ingresos explotación	243.540.314	100%

TABLA 6
ESTRUCTURA DE INGRESOS Y EGRESOS SISTEMA ISAPRE 1992
(Miles de pesos de diciembre de 1992)

Cotización legal salud	203.184.287	
Cotización adicional	28.718.442	
Aporte adicional empleadores	11.637.585	
Ingresos explotación		243.540.314
Prestaciones de salud	148.991.716	
Subsidios incapacidad laboral	39.445.069	
Otros costos de explotación	3.835.701	
Costos de explotación		192.272.486
Margen de explotación		51.267.828
Publicidad	1.659.535	
Remuneraciones del personal	16.779.156	
Remuneración y comisiones de ventas	7.747.580	
Otros gastos de Adm. y Ventas	18.435.763	
Gastos Adm. y Ventas		44.622.034
Resultado operacional		6.645.794
Prestaciones salud a tercero	1.629.699	
Otros ingresos fuera explotación	8.682.201	
Ingresos fuera de explotación		10.311.900
Gastos prestación salud terceros	965.194	
Otros egresos fuera explotación	3.902.820	
Egresos fuera de explotación		4.868.014
Corrección monetaria		(362.928)
Resultado no operacional		5.080.958
Resultado ante Impuestos		11.810.684
Impuesto renta (-)		1.861.809
Resultado ejercicio		9.864.943

Fuente: Boletín Estadístico del Sistema ISAPRE año 1992.

los Servicios de Salud que no usan en su totalidad las atribuciones que poseen, y para evitar dificultades consultan decisiones que pueden resolver solos.

El hecho de que 27 Servicios dependan de la Subsecretaría de Salud para un número importante de decisiones, atenta contra normas del ámbito de control y entorpece la gestión.

2.- Las SEREMI deberían reproducir las funciones del MINSAL en la Regiones, sin embargo, no tienen claramente delimitadas sus funciones y se superponen con el Servicio de Salud respectivo. En la práctica, tienen injerencia en los establecimientos, función ejecutiva que no les corresponde.

3.- Los Servicios de Salud carecen de proyectos para el mediano plazo. Esto se origina en la ausencia de unidades asesoras pertinentes, por lo cual los Directores se ven obligados a dedicar la totalidad del tiempo a tareas contingentes. Al mismo tiempo, en dichas tareas ejecutivas, el Departamento de Auditoría tiene una labor débil en prevención y corrección.

Las Subdirecciones Médicas carecen de una adecuada Administración, de una Organización centrada en los objetivos, y de Unidades como Programación y Evaluación de Salud, Vigilancia e Investigación Epidemiológica, con un desarrollo escaso de los sistemas de información, control y de los procedimientos operativos.

La función de Relaciones Públicas y Difusión es débil.

Existe descoordinación con el Sector de Atención Primaria en aspectos de orden técnico-administrativo.

Al mismo tiempo, la falta de racionalización de funciones, de desarrollo computacional y capacitación del personal determina una relativa sobredotación de personal.

4.- El Instituto de Salud Pública encargado de controlar los productos farmacéuticos, biológicos, alimentos, laboratorios clínicos, a causa de sus menguados recursos, no ha ejercido una labor de control en la magnitud que asegure a la población la calidad de los productos.

La conducta de actuar primordialmente a partir de una denuncia y no de mutuo propio imposibilita el adecuado ejercicio de la función de control.

5.- La Superintendencia de ISAPRE carece de atribuciones para reglamentar el mercado y darle mayor transparencia. También carece de las atribuciones adecuadas de fiscalización, de orden médico y administrativo, que proteja adecuadamente a los usuarios.

B. FUNCIONES PRODUCTIVAS

Se consideran aquí funciones de Prestación de Servicios, en Hospitales, Clínicas, Consultorios, Consultas, Laboratorios de Diagnóstico, Centros de Diálisis, entre otros.

1.- Los hospitales públicos carecen de autonomía para funcionar como unidades productivas, de esta forma, las decisiones de personal, inversión, precios, incentivos, son tomadas a otro nivel.

2.- La Dirección del Hospital carece de asesoría en áreas tales como la administrativa-económica, técnico-asistencial.

3.- La Subdirección Médica requiere una organización más funcional, que le permita relacionarse adecuadamente con Servicios Clínicos, Servicios de Apoyo y Diagnóstico. No existe la Unidad de Investigación y Docencia.

4.- La Subdirección Administrativa está recargada por funciones impropias (esterilización, orientación médica (SOME), nutrición entre otras).

5.- De una manera más global, la falta de una descripción adecuada de cargos impide una selección apropiada del personal.

6.- El personal contratado carece de una capacitación sistemática y de incentivos adecuados.

7.- Los sistemas de información son deficientes y es nula la difusión de los servicios a los usuarios y su regulación de acuerdo a las capacidades del Hospital.

8.- La descoordinación del área médico-administrativa y entre las Policlínicas Adosadas de Especialidades y Servicios Clínicos de atención cerrada, agrava los problemas de aglomeración de público en los Servicios de Urgencia y las Policlínicas de Especialidades.

9.- La falta de programación y carencia de equipamiento y manutención en los servicios de apoyo, se suma a las otras deficiencias enumeradas, dificultando aún más el desarrollo de una acción eficiente y eficaz.

10.- Los Consultorios Municipales se enfrentan a solucionar la alta demanda asistencial por atención curativa, descuidando la función preventiva, y con un cumplimiento insuficiente de las metas programáticas. Además, junto con una enorme deficiencia en aspectos de gestión, mantienen una situación de incentivo escaso para los profesionales médicos y comunicación poco expedita con los demás niveles de atención.

11.- A niveles de las clínicas, las consultas y los laboratorios privados se desarrolla una actividad sin ninguna interrelación, regulada sólo por la demanda de atención y sin supervisión y fiscalización.

C. FUNCIONES DE MANUFACTURA

Se efectúan en empresas fabricantes de equipos, artículos e insumos médicos, productores de vacunas como I.S.P. y los Laboratorios Farmacéuticos.

El Instituto de Salud Pública está impedido para desarrollar una mayor producción que satisfaga la demanda de las Instituciones Públicas o Privadas.

D. FUNCIONES DE COMERCIALIZACION

En este ámbito podemos destacar la Central de Abastecimiento del SNSS, las Droguerías, los Distribuidores, las Cadenas de Farmacias y las Farmacias.

La Central de Abastecimiento se encuentra impedida de cumplir una función reguladora del costo de los insumos para los servicios públicos de salud, los cuales deben someterse a las condiciones impuestas al mercado por las empresas privadas. En el caso de la industria farmacéutica privada, ello ha conducido a un aumento del 50% en el precio de los medicamentos en los últimos 5 años. La estructura actual no ha permitido un buen control de las adquisiciones y ha posibilitado compras inadecuadas.

La acción de publicidad se ve impedida por la actual ley; las mismas dificultades señaladas referentes a los recursos humanos en los Hospitales Públicos se reproducen en esta Institución que genera importantes excedentes y posee un costo variable de operación cercano al 3%, lo que demuestra su alta eficiencia.

E. FUNCIONES FINANCIERAS

Un rol importante cumple en esta función el sector Externo con el Financiamiento de la Inversión, en especial el BID, el Banco Mundial y varios países que nos apoyan a través de la Oficina de Cooperación Internacional.

En el sector público, la más importante es FONASA, también participa el INP. En el sector privado, las ISAPRE, Mutuales de Seguridad, sistema bancario y compañías de seguros.

FONASA, en la actualidad desconoce cuál es el monto recaudado por el INP, solamente conoce el presupuesto que le asigna la ley de presupuesto. Tampoco tiene tuición y atribuciones legales para sancionar a los que no pagan sus cotizaciones o a los que la usan sin tener derecho.

FONASA tiene las atribuciones legales para contratar créditos internacionales y capacidad admi-

nistrativa para mejorarlos, sin embargo, estas tareas las realiza el MINSAL.

En el área de libre elección, FONASA compite en desventaja con las ISAPRE por su oferta inflexible de planes, organización empresarial inadecuada, expresada en deficiencias en el área comercial, carencia de publicidad y promoción, situación que le hace perder participación en el mercado frente a su competencia que crece a un ritmo aproximado de 20% anual en sus afiliados, captando los mejores niveles de ingresos.

También existen problemas agudos de desfinanciamiento en el sector municipalizado en que los aportes vía FAPEM cubren, en promedio, el 70% de los costos totales. Existen grandes inequidades entre las diversas comunas en que el quintil más pobre recibe los menores ingresos. Independiente de aquello, el rango del cociente FAPEM/población Beneficiaria es hoy día tan menguado como 108 pesos mensuales por habitante y tan grande como 3.012 pesos por habitante.

V.I. ORGANIZACION Y RECURSOS HUMANOS

La organización actual del sector público no permite un adecuado manejo de los recursos humano en circunstancias que el factor humanos es clave en el desarrollo de las empresas modernas. Algunos aspectos deficitarios son:

- 1.- Plantas fijas de personal.
- 2.- Carencia de un programa sistemático de capacitación.
- 3.- No existe una evaluación por desempeño ni un adecuado sistema de incentivos.
- 4.- Son insuficientes las relaciones con las Universidades relativas a la formación de profesionales.
- 5.- La participación en la gestión no tiene estructura ni formas definidas de acción. Todo esto impide crear un clima organizacional abierto al cambio y que permita enfocar la gestión hacia la satisfacción del usuario. El efecto demostración que genera en el Sector Público el Sector Privado, con su mayor nivel de remuneración, mayor flexibilidad de capacitación, etc., debe ser evaluado en su real dimensión –la rotación de personal y la carencia de él– factor que debilita toda organización y cuya solución pasa por el mejoramiento integral del actual manejo de Recursos Humanos y una estructura administrativa adecuada.
- 6.- La descoordinación existente entre el nivel

primario de atención (a cargo de los Consultorios Municipalizados en su totalidad desde enero de 1988) y el nivel secundario y terciario (a cargo de los Servicios de Salud).

7.- La gran obsolescencia de equipamiento y deterioro de la infraestructura que dichos establecimientos tenían al año 1990, situación que ha buscado subsanarse, con un fuerte plan de inversiones; no obstante, la calidad de atención y las remuneraciones del personal no logran aún un nivel satisfactorio a pesar de los progresos en la materia.

8.- La existencia de una pérdida significativa de los ingresos por concepto de cotizaciones de afiliados naturales o legales del sistema (por evasión, subdeclaración de renta u otras situaciones). El no pago de prestaciones en su integridad por usuarios particulares o pertenecientes a otro Sistema, situación originada en la falta de un sistema de control de afiliados, cotizaciones y pagos.

9.- No está implementada la posibilidad de financiamiento de pago de acciones de salud de beneficiarios de las ISAPRE en el Subsistema de Atención Pública (Servicios de Salud); aún cuando si hay conocimiento que beneficiarios de ISAPRE se atienden en los Establecimientos Públicos, a quienes se les debiera cobrar el 100% del costo de la atención.

10.- En relación al Sistema ISAPRE, entre otras cosas es dable destacar:

10.1.- Las ISAPRE operan con algún sesgo de discriminación, por ingreso, edad, sexo, nivel de riesgo; quebrando así un principio de solidaridad y equidad ante este tipo de eventos.

10.2.- El sistema no cubre totalmente, o no garantiza una atención de amplia cobertura; ello depende del plan y del nivel de ingresos de la persona.

10.3.- La atención es notoriamente mejor en las ISAPRE que en el Sistema Público, pero también con costos más altos; se han incorporado elementos más modernos (tecnología, organización y administración); no obstante, persisten gastos de Administración y Ventas altos, que no implican una mejor eficiencia de los recursos.

10.4.- La asignación de recursos opera, principalmente, a través de los mecanismos de mercado con diversas imperfecciones.

VII. PRINCIPIOS BASICOS PARA LA ELABORACION DE UNA PROPUESTA

1. Entendiendo la condición de salud como un proceso de modificación permanente y sujeto a un conjunto complejo de variables, algunas de las

cuales tienen un peso específico fundamental en la manutención de la salud o en su capacidad patogénica, se incluyen aquí las características del sistema productivo y las condiciones de trabajo que le son propias y los factores del medio ambiente (organización urbana, contaminantes del suelo, hídricos y aéreos, calidad y disponibilidad de alimentos).

Así, si por una parte la manutención de la salud o el evitar la enfermedad exigen responsabilidad individual en los estilos de vida y conductas de riesgo, por otra, las personas pierden el control sobre las condiciones de su entorno y los procesos generadores de salud y enfermedad escapan a la posibilidad de modificación por ningún individuo aislado.

Los riesgos derivados de los procesos productivos; la muerte e invalidez, consecuencias de los accidentes de tránsito; las enfermedades entéricas favorecidas por la no existencia de plantas de tratamiento de aguas servidas; la ingestión en los alimentos de sustancias perjudiciales o riesgosas, por falta de control de calidad o como resultado de la contaminación de mares y ríos; la contaminación acústica en las grandes ciudades, son todas condiciones medioambientales que comprometen la salud, no sólo de las personas, sino de las comunidades enteras y cuya modificación escapa al individuo aislado.

2. Los cambios en el perfil epidemiológico del país y en su estructura demográfica exigen no sólo atender la demanda actual en salud, sino anticiparse estratégicamente a estos cambios para introducir las modificaciones requeridas en las políticas de salud, en el desarrollo de la infraestructura y tecnología, y en la formación de los recursos humanos.

3. La salud es considerada como un componente de la calidad de vida, de aquí que la inversión en salud no puede estar orientada sólo a reparar los daños actuales en la población, sino sobre todo a generar condiciones de vida más saludables que garanticen también mejores posibilidades de vivir a las generaciones futuras.

El largo plazo en que se manifiesta la compleja red de variables que condicionan la salud y la enfermedad, determina que los criterios de rentabilidad social de la inversión en salud deben considerarse en el corto plazo, pero también en décadas o en generaciones. De allí entonces que la inversión en salud tiene que ser asumida colectivamente por la sociedad.

La noción de aldea global para el conjunto del planeta al terminar el siglo XX, es tanto más cierta cuando consideramos la salud de la población, y

aunque el daño de una enfermedad se sufre individualmente, las condicionantes de la misma son sociales y algunas veces comprometen a la totalidad del planeta.

4. La empresa privada, así ocurre también con la industria de la medicina y con los seguros privados de salud, las ISAPRE, se orienta por el lucro, lo cual es propio de su actividad. A su vez, los seguros privados de salud y sus actividades conexas se mueven en el mercado. Los criterios de mercado que los guían, están dirigidos a la optimización de la ganancia dentro de márgenes seguros. Esto determina que la operación del capital se oriente inevitablemente a objetivos de corto y mediano plazo, lo que lleva por ejemplo, a las ISAPRE a concentrarse en las actividades reparativas de la enfermedad y en forma muy secundaria, a la rehabilitación sin mayor inversión en las actividades de prevención y fomento.

Por otra parte, es la enfermedad y su reparación la que consume prioritariamente los insumos, la tecnología e infraestructura, ya que es un espacio de circulación rápida del capital y de generación de ganancia además de la obtenida por la sola concentración temporal de una enorme masa de capital en las ISAPRE.

Para los seguros de salud invertir en fomento o prevención no es rentable, ya que no están en condiciones de usufructar por ejemplo, el ahorro económico que significa evitar una muerte por un cáncer pulmonar o un infarto del miocardio 20 o 25 años más tarde.

Con un mismo tipo de análisis, las ISAPRE tampoco destinan recursos de inversión a algún aspecto del medio ambiente capaz de generar mayor calidad de salud y de vida para una comunidad, porque ello no es operacional ni contable en términos de mercado.

Por ello se incurre en un error cuando se habla de un sistema mixto de salud público y privado, pues se refiere estrictamente a un subsistema —el de prestaciones curativas, reparadoras o médico-asistenciales— en el que coexisten un aparato público de atención médica de carácter nacional y un conjunto de empresas particulares financieras y de atención médica.

Es importante precisar que un Sistema Público de Salud no es conceptual, estructural ni funcionalmente homologable al subsistema de ISAPRE a pesar de la disponibilidad inequitativa de los recursos del sector privado.

5. La experiencia acumulada en Chile y también la realizada en otros países nos permite sostener que sólo el Estado como instancia permanente, organi-

zadora y reguladora del conjunto de intereses en conflicto de la sociedad, puede intervenir a través de los Gobiernos intentando establecer una equidad mayor en la asignación de recursos sociales y al mismo tiempo pensar estratégicamente en el desarrollo futuro de la sociedad, en la generación de una nueva y mejor calidad de vida.

Es por tanto responsabilidad del Estado con la participación ciudadana activa, desarrollar las políticas necesarias, asignar los recursos y crear o mantener las estructuras y organización suficientes para garantizar las condiciones de vida saludables para el conjunto de la población y el acceso equitativo a los medios, capacidades y tecnología que el país pueda disponer para el alivio de la enfermedad, la recuperación de la invalidez y la disminución de las muertes evitables.

Aunque la intervención del Estado en salud se materializa por diferentes vías, la responsabilidad específica descansa en el MINSAL y la estructura de Servicios Regionales y Municipalizados.

VIII. PROPUESTA DE PRINCIPIOS ORIENTADORES PARA LA ACCION DEL MINSAL

Al MINSAL le corresponde ejercer un rol normativo, directivo, coordinador, de asesoría y fiscalizador del Sistema Nacional de Salud. El cumplimiento de estas tareas deberá estar orientado por algunos principios básicos que consideren:

1.- Integralidad en la definición de las políticas de salud.

2.- Intersectorialidad, coordinándose con todas aquellas instituciones públicas y privadas que converjan a objetivos comunes.

3.- Búsqueda de un equilibrio adecuado entre la descentralización efectiva de los Servicios de Salud y la necesidad de alcanzar objetivos nacionales, optimizar los recursos y desarrollar la coordinación requerida por los distintos componentes del sistema, a través de las políticas y facultades centralizadas del MINSAL.

4.- Búsqueda de la equidad, la eficiencia y la eficacia en la asignación de recursos considerando las características de los perfiles epidemiológicos, sociales y económicos de la población en las diferentes Regiones.

5.- Facilitar la máxima participación organizada de la comunidad en la formulación de políticas, gestión y evaluación de las acciones de salud potenciando la capacidad existente.

FUNCIONES DEL MINSAL

1. Formular las políticas nacionales, planes, normas y programas en salud con la flexibilidad necesaria para permitir las adecuaciones Regionales.
2. Supervisar las leyes, programas y normas de los subsistemas privados, municipalizados o de gestión autónoma cuando corresponda.
3. Asignar los recursos financieros que por ley le asigne el Estado así como los fondos previsionales puestos a su disposición por FONASA.
4. Fiscalizar y evaluar la utilización correcta de los recursos asignados a los servicios de salud.
5. Coordinar los servicios de salud estimulando la complementariedad en pos de una optimización y de una mayor eficacia en el uso de recursos.
6. Proporcionar la asesoría para el perfeccionamiento continuo de los sistemas administrativos y de las redes informáticas así como de un sistema de registro nacional de salud para toda la población.
7. Desarrollar instancias de coordinación interministeriales e interinstitucionales para avanzar en los objetivos de salud propuestos. Entre otras áreas de importancia intersectorial están: la salud ocupacional, la salud y el medio ambiente, el sistema de vigilancia ambiental, la educación, y la constitución de un comité de alto nivel –MINSAL-Universidades– para la evaluación y orientación de las carreras profesionales vinculadas a la salud para hacerlas coherentes con las necesidades de la población y los requerimientos del progreso tecnológico y científico del país.
8. Revisar y proponer a las instancias correspondientes, la racionalización y modernización de los textos legales y reglamentos dispersos que tienen relación con salud en función de una concepción integral de salud, de la garantía y protección de la calidad de vida de la población y del medio ambiente.

LOS SERVICIOS DE SALUD

La descentralización deberá tener un claro impulso a través de trasladar la administración de los recursos humanos y financieros a los Servicios de Salud. Del mismo modo, es aconsejable desarrollar a ese nivel los procesos de participación de la comunidad que tengan relación, a nivel local, con la aprobación de los planes y programas del Servicio, los presupuestos, los proyectos de inversión y las política de recursos humanos.

Los Servicios de Salud deben tener a nivel local, una libertad mayor para gestionar sus plantas de

personal, adaptando normativas generales a la realidad de cada Servicio.

Los programas de salud deben estar integrados a un proceso más general de planificación, gestión y ejecución financiera a nivel de cada Servicio, con lo cual se podrán desarrollar programas asociados a costos reales y a metas específicas.

Paralelamente se deben establecer los incentivos para mejorar la gestión al interior de los Servicios y desarrollar los sistemas de información al servicio de la toma de decisiones.

EL INSTITUTO DE SALUD PUBLICA

Este organismo debe perfeccionar y desarrollar los mecanismos de control de los productos biológicos y farmacéuticos, así como de los laboratorios clínicos. Al mismo tiempo, debe readecuar las normas técnicas relativas a la producción, internación, comercialización y distribución de estos productos.

Resulta urgente desarrollar un sistema de farmacovigilancia a nivel nacional.

Se propone crear un Instituto de Salud Ocupacional y concentrar en él las funciones vinculadas a esta área de la salud.

LA CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SNSS

La Central de Abastecimiento del SNSS debe transformarse en una empresa pública autónoma que se autofinancie y que se relacione con el MINSAL a través de un Consejo de Administración.

Debe reforzar su labor de disminución de los costos de los insumos del Sistema de Salud y de la venta de productos a las farmacias pequeñas y farmacias de provincia, lo que ayudará a una contención de costos. El Formulario Nacional, la divulgación de su uso y su ágil colocación en el mercado, debe ser una responsabilidad prioritaria de la Central de Abastecimiento y de esta forma asegurar un arsenal terapéutico básico, prestigiado y a bajo precio a toda la población y en especial a los sectores más alejados del país.

La posibilidad de exportación, con convenios con otras Centrales de Abastecimiento de Latinoamérica, la producción en Chile de antibiótico y vacunas, la posibilidad de estar en la Zofri de Iquique, etc., todos ellos son proyectos que deben ser evaluados por la Central en conjunto con Instituciones como el ISP y de esta forma fomentar una producción nacional que posea competitividad y cuyo resultado final sean precios más bajos.

LOS CONSULTORIOS DE ATENCION PRIMARIA MUNICIPALIZADOS

El Sistema de Salud debe ser concebido como un todo orgánico, que tiene por razones de mejor funcionamiento, niveles diferentes de atención, y que otorga importancia especial a los ámbitos en que se organiza la vida de la población: familia, comunidad, ocupación y escuela. Todo esto inmerso en una perspectiva de fomento de la salud y prevención de la enfermedad.

Se deben mejorar sustancialmente las capacidades de gestión a nivel local, modificar el sistema de financiamiento, integrar la red de Atención Primaria a la red asistencial del país, mejorar las remuneraciones y las condiciones de trabajo en los consultorios, garantizando perspectivas de desarrollo profesional, así como aumentar la calidad de las prestaciones.

IX. PROPOSICIONES PARA DESARROLLO DE FONASA

Por las consideraciones antes expuestas, para que FONASA pueda cumplir a cabalidad su rol, aparece como indispensable:

1.- Otorgar a FONASA una mayor autonomía financiera. Esto implica la capacidad de administrar, y no sólo registrar, los recursos financieros de Salud destinados a los beneficiarios del sistema público (ya sean cotizantes, aporte fiscal, créditos externos y otros fondos).

Debe otorgársele la capacidad de asignar y distribuir los recursos conforme a normas, orientaciones generales y mecanismos que establezca el MINSAL.

También debe contemplarse la posibilidad de realizar inversiones de los saldos de cotizaciones y otros ingresos en el Sistema Financiero (p.ej. instrumentos de Renta fija), generando una fuente adicional de ingresos.

2.- Hacer las modificaciones necesarias para que FONASA recaude las cotizaciones de Salud de los trabajadores dependientes que no cotizan en ISAPRE, ya sea directamente o contratando el servicio. Es fundamental que la responsabilidad, dirección y control de este proceso sea hecha por la entidad que va a administrar estos recursos.

3.- En el orden interno, FONASA debe separar las funciones que cumple, estableciendo dos divisiones o departamentos:

a) División administradora del Seguro Público de Salud

b) División administradora de los Fondos del Sistema Público de Salud.

La primera división o departamento sería la administradora de la Medicina de Libre Elección. Al igual que las ISAPRE, pasaría a ser un agente comprador de servicios en el Sistema Público y Privado, con capacidad para establecer convenios con establecimientos, centros médicos, centros de apoyo diagnóstico, etc.

Tendría la capacidad de establecer planes diferenciados, aumentar el valor de las prestaciones y las bonificaciones por cada prestación sobre bases reales de mercado y según las exigencias epidemiológicas y geográficas, incorporar prestaciones nuevas: dentales, prótesis-ortesis y otras.

Este Seguro, al comprar servicios a los establecimientos del Sistema Nacional de los Servicios de Salud y a los Consultorios Municipales, operaría como una fuente adicional de recursos para ellos.

Por lo anteriormente señalado, FONASA debería cambiar su condición jurídica a Empresa Autónoma del Estado como lo es Televisión Nacional o la CORFO.

4.- También en el orden de administración interna debería establecerse un Padrón o Tarjeta Identificadora Nacional Unica de Salud. Esto permitiría identificar a los afiliados y usuarios de los Sistemas de Salud: público y privado. Permitiría evitar doble afiliación, suplantación y evasiones.

Esto es posible coordinando la información con otras Instituciones: Registro Civil, Superintendencia de ISAPRE, Superintendencia de AFP, Ministerio del Interior.

La División Administradora de los Fondos del Sistema de Salud Pública debería reforzar sus recursos para una adecuada fiscalización de la transferencias de fondos a los Servicios de Salud y para el funcionamiento del Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento, de acuerdo a los presupuestos debidamente evaluados y a los compromisos de gestión generados en cada Servicio de Salud.