

SALUD AL SERVICIO DE LA PERSONA

PROPUESTAS PARA UNA POLITICA NACIONAL DE SALUD
EN CHILE BASADA EN PRINCIPIOS DE
SOLIDARIDAD-EQUIDAD-LIBERTAD Y PARTICIPACION

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 4, 1993/ 73-93

*Sr. Héctor Sánchez, Dr. Cleofe Molina
y Sr. Alvaro Covarrubias y cols.*

PROLOGO

Chile está viviendo un momento trascendente en su desarrollo toda vez que en los próximos meses deberá elegir democráticamente a un nuevo Presidente de la República.

El Sector Salud ha vivido una profunda crisis, para lo cual el gobierno en los últimos tres años, ha efectuado el mayor esfuerzo conocido para enfrentarla. Lo anterior se ha reflejado en el inicio de un ambicioso programa de inversiones; un mejoramiento de la atención hospitalaria; una expansión de la atención primaria, y un sustancial mejoramiento de las remuneraciones del personal del sector. No obstante, problemas estructurales han impedido resolver las situaciones de fondo que lo afectan.

Es necesario en estos momentos abordar la discusión de las soluciones con la mayor amplitud posible, sin prejuicios ni dogmatismos de ninguna especie y con el ánimo de buscar la mejor solución para el desarrollo futuro del sistema de salud chileno.

Asumir los problemas del sector salud como un problema de Estado, conduce a la definición de políticas sectoriales de carácter nacional, en que todos los sectores tienen un rol importante que cumplir y un aporte relevante que efectuar. Por lo tanto, desde el convencimiento profundo que nos asiste, queremos aportar en la búsqueda de estas políticas que el país necesita para solucionar los problemas del sector.

El grupo de profesionales que suscribimos esta propuesta de un "SISTEMA DE SALUD AL SERVICIO DE LA PERSONA", queremos dar a conocer al país el producto de un prolongado trabajo en equipo, de tipo técnico y político, el cual se ha ido

perfeccionando a través de nuestra perspectiva, dentro del sector público, privado, gremial y político.

Queremos ofrecer al país nuestra visión con el sólo objetivo de contribuir al debate y con una gran apertura a recibir nuevas opciones y alternativas que permitan alcanzar el gran objetivo nacional de dar salud en forma equitativa a nuestra población en un marco de solidaridad, libertad y participación.

Sr. Héctor Sánchez, Dr. Cleofe Molina, Sr. Alvaro Covarrubias, Dr. Hernán Montenegro, Dr. Raimundo Santolaya, Dr. Roberto Fasani, Dr. Roberto Tapia, Sr. Alfredo Schonner, Sr. Emilio Jaque, Sr. César Oyarzo, Dr. Dagoberto Duarte, Dr. Cristian Baeza, Sr. Gustavo Zuleta, Sra. Labibe Yumha, Sr. José Gómez, Sr. Francisco Leiva, Sr. Carlos Manzi.

1. PRINCIPIOS ESENCIALES DE ORGANIZACION DE LA SOCIEDAD CHILENA.

1.1. La búsqueda de una sociedad solidaria.

Debe propenderse a la búsqueda de una sociedad solidaria en que la persona humana tiene dignidad en sí misma y es titular de una serie de derechos. La persona es el centro de la sociedad y sus derechos tienen una doble dimensión social e individual. Por esta razón la sociedad que se construya debe ser una comunidad de personas en busca del bien común, el cual debe ser garantizado por el Estado.

El modelo de desarrollo económico y social que se implemente debe estar orientado a lograr una

mayor libertad de las personas, en el contexto de una sociedad solidaria, donde el Estado como principal garante del bien común y en ejercicio de su rol solidario y subsidiario, busca asegurar la igualdad en el acceso a las oportunidades en todas las dimensiones del bienestar individual y social.

1.2. Lograr el desarrollo con equidad.

El logro del desarrollo con equidad debe valorar las iniciativas privadas o estatales que conduzcan al crecimiento y a una eficiente asignación de los recursos.

El estado debe tener un rol activo en la definición de las políticas y normas que permitan una adecuada asignación de recursos, interviniendo en el plano económico con el objeto de corregir las imperfecciones de éste cuando estén presentes y garantizando el libre acceso a los bienes y servicios. Por otro lado el Estado debe promover la equidad en la distribución de los beneficios del desarrollo y la superación definitiva de las condiciones de pobreza y marginalidad en que aún vive parte importante de la población.

1.3. La búsqueda de la libertad de las personas.

La libertad de las personas debe ser un objetivo a alcanzar para el logro de una sociedad justa. Esta libertad no sólo debe darse en el ámbito político, sino que también en el ámbito económico y social.

La libertad debe ser verdadera y debe permitir que se ejerza con prescindencia de las restricciones económicas de las personas por lo cual es el Estado el que debe diseñar las políticas, los sistemas y mecanismos que permitan en lo político, económico y social ejercer con la mayor plenitud posible este derecho básico.

1.4. Hacia una real participación de la gente en la solución de sus problemas.

La participación de la gente en el diseño y solución de sus problemas hoy asume una nueva dimensión. Esto incluye la participación de la comunidad organizada buscando los objetivos comunes que la unen para mediante un esfuerzo mancomunado, alcanzar la solución de los principales problemas que aquejan a las personas. Lo anterior se logra mediante la búsqueda de una economía y un Estado altamente descentralizado acercando a las personas el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, también debe propenderse la participación directa de la gente en la búsqueda de la satisfacción de sus

necesidades mediante mecanismos que le permitan escoger, de manera informada, aquellas soluciones que la sociedad le ofrece en el campo de los bienes y servicios.

En este aspecto el Estado debe asumir un nuevo rol, principalmente subsidiario, garantizando el funcionamiento de mercados transparentes e informados y el acceso de las personas a los bienes y servicios básicos que la sociedad define como tales y a los cuales las personas más pobres no pueden acceder por sí mismas.

2. PRINCIPIOS ESENCIALES QUE DEBEN GUIAR UNA POLITICA DE SALUD PARA CHILE.

2.1. La salud es un derecho básico.

Un principio esencial es reconocer que la salud constituye un derecho básico de las personas, por lo tanto, el Estado debe diseñar los sistemas, proveer los mecanismos y el financiamiento que permita el pleno ejercicio de este derecho, a un nivel que el país defina en función de sus prioridades nacionales y de los recursos que disponga. Este derecho debe ser garantizado con equidad por lo que el Estado debe actuar activamente discriminando en favor de los más desposeídos y vulnerables.

2.2. La salud es una Política de Estado

La política de salud debe ser una política de Estado, estar por encima de partidos políticos y grupos de interés propenden a ser consensual y de carácter nacional, para que así se asegure estabilidad y viabilidad en su desarrollo.

2.3. La persona es el principal responsable de su salud y el estado debe asumir un rol solidario y subsidiario.

Este segundo principio debe orientar los incentivos y estímulos para que las personas reconozcan, que en el campo de su salud ellas son las principales responsables. Lo anterior no sólo como producto del nuevo perfil epidemiológico, que da cuenta de un conjunto de nuevas enfermedades que se relacionan con las conductas y hábitos de las personas, sino que también porque el Estado debe canalizar sus escasos recursos hacia los más desposeídos y vulnerables.

Por lo tanto las personas deben participar activamente en el cuidado de su salud pero también en su financiamiento, en la proporción que les sea posi-

ble, actuando el Estado subsidiariamente para garantizar el acceso a un nivel de salud que el país defina mediante un Plan de Salud Integral para toda la población.

2.4. La equidad en el acceso a la atención de salud de las personas.

Deben diseñarse las políticas y mecanismos que permitan un acceso equitativo de la población al nivel de prestaciones de servicios de salud que el país defina. Deberá proveerse los recursos necesarios para alcanzar la equidad en este campo en los más pobres, los marginados, los que viven en poblaciones alejadas, los más viejos y los que sufren situaciones catastróficas. La condición de pobre, enfermo, marginado o habitante rural o urbano de localidades alejadas no debe ser un impedimento para alcanzar los beneficios del Plan de Salud Integral.

2.5. La solidaridad en salud.

El sistema de salud Chileno debe basarse en un esfuerzo solidario de toda la población para asegurar que los desposeídos tengan atención de salud.

Para garantizar la solidaridad del sistema deben utilizarse mecanismos que sean eficientes y redistributivos. El gasto fiscal debe estar orientado a subsidiar el acceso a la salud de los más pobres y vulnerables y por otro lado a financiar las prestaciones de salud que benefician a toda la población.

2.6. Un modelo de salud de tipo mixto.

La historia de la Salud Pública Chilena, la realidad política, cultural, económica, social y geográfica, hacen recomendable el desarrollo de un sistema de salud de tipo mixto. Debe redefinirse el rol del Estado, responsabilizándose éste principalmente de la formulación, supervisión y control de las políticas y normas que dicte. Debe proveer el financiamiento para garantizar subsidiariamente el acceso a la salud. Debe controlar y regular el mercado de la salud y sus imperfecciones y debe garantizar el acceso a las prestaciones de salud pública que benefician a toda la población.

El sector privado debe incorporarse en la generación de seguros de salud y en la prestación de servicios y garantizando el cumplimiento de las políticas del país en este campo. Debe ofrecer una Salud Integral en su concepción y con una perspectiva de largo plazo.

La participación de los privados no sólo debe ser

mediante las formas clásicas conocidas, sino que también mediante el establecimiento de formas de organización intermedias de la comunidad en que participen los diferentes actores sociales del proceso.

3. DIAGNOSTICO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SECTOR SALUD.

3.1. Diagnóstico de la situación de salud del país.

A partir de la Seguridad Social de los años veinte, se inició una progresiva intervención del Estado chileno en el área de la Salud Pública cuyo punto culminante se obtiene en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud y del Servicio de Seguro Social. Luego se creó, en 1968, el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y entró en vigencia la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

La década de los años sesenta marcó la madurez de un sistema nacional de salud centralizado. Es la década de la consolidación de Programas Nacionales, cuyo máximo impacto se logra durante los años setenta e inicia su declinación a partir de 1980.

Esta intervención directa produjo resultados espectaculares en la mejoría de los llamados indicadores tradicionales de salud, tales como el descenso de la mortalidad infantil, de la mortalidad materna y de las tasas de desnutrición; del aumento de las expectativas de vida al nacer y de la atención profesional del parto, como asimismo de las tasas de inmunizaciones y cobertura del Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

Debemos destacar que hacia los años noventa los cuatro principales grupos de causas de muerte son: Enfermedades Cardiovasculares, Tumores, Accidentes y Violencias y Enfermedades del Aparato Respiratorio, explicando ellas más del 70 % de las causas.

Por su parte, el envejecimiento poblacional unido a las patologías emergentes donde merecen ser destacados las enfermedades crónicas, el embarazo de adolescentes, la drogadicción y los accidentes mortales o invalidantes en gente joven, ubica a nuestro país en una situación de transición demográfica y epidemiológica.

No obstante lo anterior, los sectores más pobres del país presentan indicadores de salud comparables a los de los años sesenta y los sectores con mayores recursos presentan lo que pudiéramos llamar indicadores del año 2000.

A partir de esta realidad es necesario explicitar

las inequidades e ineficiencias que desde el punto de vista epidemiológico caracterizan a nuestro país, las que son agravadas por la falta de participación social y a su vez explican la insatisfacción de los usuarios del sistema.

Un caso concreto de inequidad se observa en la Mortalidad Infantil. No es lo mismo una Mortalidad Infantil bajo 15 por mil nacidos vivos como promedio nacional que una de 6-7 en la comuna de Las Condes o sobre 40 por mil nacidos vivos en las comunas más pobres del país.

Un caso concreto de ineficiencia se expresa en la evolución de la tasa de mortalidad específica por cáncer cérvico uterino que no ha sufrido variaciones en los últimos treinta años a pesar del desarrollo tecnológico y de lo fácil que resulta el acceso a una prevención oportuna y eficaz.

Desde el punto de vista metodológico deberíamos ser capaces de salirnos del análisis de indicadores tradicionales para acercarnos a la evaluación de los años de vida saludable perdidos por la morbimortalidad y al mismo tiempo enfrentar racionalmente el análisis de la calidad de atención.

En esta línea de pensamiento se advierte una clara ausencia de políticas, normas y programas orientados a enfrentar la transición epidemiológica, que amerita una fuerte acción normativa, preventiva y supervisora pero corregida por las particularidades de cada Región, Provincia o Comuna donde puedan expresarse claramente las diferencias epidemiológicas en la perspectiva de la equidad y la eficiencia.

A lo anterior se hace necesario agregar que el modelo de atención no satisface las demandas reales de la población y menos aún las demandas potenciales identificadas por los profesionales de la salud, dado que se necesita una capacidad resolutoria cada vez más compleja.

Finalmente, es necesario resaltar que al interior de los indicadores tradicionales se encuentran inequidades e ineficiencias, como las descritas, donde es necesario persistir en las intervenciones vinculadas a la atención primaria, unido al doble esfuerzo de mejorar la capacidad resolutoria de la atención secundaria, junto con iniciar los programas preventivos de largo plazo además de abrir los canales para la participación comunitaria al interior del propio sector salud.

3.2. Insatisfacción de los usuarios del sistema de salud.

Hoy es una realidad insoslayable que muestran incluso las encuestas realizadas en el último tiempo

que el sistema de salud chileno no satisface las expectativas de la población. En forma creciente ve deteriorarse su imagen ante la comunidad y sus propios trabajadores.

En el caso del sector público las razones tienen su origen en el deterioro de su infraestructura y en la obsolescencia de sus equipos. Sin embargo, lo más importante es la existencia de una rigidez organizacional que impide administrar los recursos con el dinamismo que requiere la realidad del sector y ajustarlos a las cambiantes necesidades de la población.

En el sector privado la insatisfacción de los usuarios es producto, principalmente, de la falta de transparencia y equidad en su funcionamiento.

El sistema público de salud no ha tenido la capacidad de adaptarse a los cambios epidemiológicos de la población, por lo que ha perdido su eficacia histórica en el control de los problemas de salud. La complejidad creciente de prevenir y tratar problemas de salud de una población en transición y mediante un uso razonable de la tecnología, que la ciencia nos pone al alcance, está generando dos efectos: por un lado una detención o deterioro en la evolución de los indicadores de salud relevantes y por otro lado un incremento en los costos de dar salud a la población.

El desajuste producido entre el mayor costo de dar salud y los escasos recursos disponibles está redundando en la calidad de los servicios de salud que la gente recibe, lo que se refleja en las colas y tiempos de espera, en la baja capacidad de resolución de los niveles ambulatorios de atención y en la atención despersonalizada producto de la presión asistencial y de la falta de incentivos para lograr permanentes esfuerzos del personal por alcanzar una calidad más concordante con lo que la población espera.

Por otro lado, la población percibe una incongruencia con el desarrollo del resto del país y de las posibilidades que éste le ofrece, donde se destaca un rol más activo del individuo en el proceso de toma de decisiones para satisfacer sus necesidades, en cambio, en salud las posibilidades de hacerlo sólo la tienen los que disponen de recursos ya sea a través del FONASA o bien de las ISAPRE.

Otro factor que está deteriorando la imagen del sistema público de salud, es el efecto espejo del sector privado sobre él, que tiene múltiples síntomas como, por ejemplo, que las personas en los períodos de mayor productividad emigran al sector privado por mejores condiciones de trabajo lo que a su vez genera presiones en el personal del sistema nacional de servicios de salud por mejoramientos en los

niveles de remuneraciones sin impacto alguno en la productividad y calidad de los servicios y lo que es más grave, sin una sensación en los trabajadores de que las condiciones de trabajo han mejorado sustancialmente, produciendo un desaliento que cierra el círculo de la insatisfacción del usuario -calidad deteriorada de los servicios -insatisfacción de los trabajadores.

3.3. Inequidad en el acceso de la población a la atención de salud.

En la última década se ha profundizado en la conformación de un modelo de salud de tipo mixto con amplia participación del subsistema privado, dentro de un marco legislativo muy flexible, con un conjunto de incentivos principalmente económicos que han facilitado su crecimiento y donde las relaciones entre los agentes participantes han sido establecidas esencialmente por el mercado. Este sistema dispone en promedio de US\$ 200 per-cápita año para otorgar salud de tipo principalmente curativa a su población beneficiaria.

Paralelamente se ha desarrollado un subsistema público donde el Estado aporta en forma importante a su financiamiento, administra dicho financiamiento y también actúa como principal proveedor de los servicios de salud. El desarrollo del subsector público se ha realizado en un marco presupuestario restrictivo, llegándose en los últimos años a un gasto cercano a los US\$90 per-cápita al año, lo anterior está agravado por la insitucionalidad restrictiva del sector público, que ha afectado la eficiencia del sector, principalmente en la red de hospitales públicos en los cuales se proveen las atenciones a los beneficiarios del sistema estatal de salud.

Por otro lado, el sistema actual de financiamiento del sector, basado en cotizaciones porcentuales sobre el nivel de renta de los trabajadores y la existencia de dos sistemas de administración del financiamiento, uno basado en el concepto del seguro clásico y la otra en el concepto de un sistema de salud de reparto con subsidio estatal, está generando la migración de la población de mayores recursos al sistema de seguros privados, con lo que en el futuro cercano, es posible preveer más distanciamiento entre los dos subsistemas de salud en cuanto al nivel de acceso a la atención de salud de la población, que profundizará la inequidad actualmente existente.

3.4. Ineficiencias del sistema de salud chileno.

El sistema de salud Chileno presenta ineficiencias

a nivel macro, que se manifiesta principalmente por la forma en que se encuentra canalizado el presupuesto del sector: cerca del 85% del presupuesto del sector se gasta en los niveles secundario y terciario de atención y sólo cerca del 12% en los niveles primarios de atención. Cada día es más evidente la necesidad de revertir esta situación, sin embargo, por presiones coyunturales esta situación ha sido imposible corregir produciéndose en el último tiempo incluso el efecto contrario.

Asimismo se puede observar una distribución de los recursos y de la inversión en forma desproporcionada en relación a la distribución de la población y de sus necesidades, focalizándose el mayor gasto en la región metropolitana y algunas capitales importantes de región en desmedro del resto del país. Lo anterior está produciendo que, entre regiones y entre sectores urbanos y rurales, también existen diferencias importantes en el acceso de la población a la atención de salud y a la posibilidad de resolver sus problemas de salud de mediana y alta complejidad.

Por otro lado se observa también una ineficiencia en la administración de los recursos, toda vez que los actuales mecanismos de asignación de recursos financieros contribuyen más a la ineficiencia que a producir incrementos en la productividad y calidad de los servicios, lo que se manifiesta en deterioros evidentes de ellas a pesar de los mayores recursos inyectados al sector. En efecto, el presupuesto del sector público de salud ha subido en términos reales en más de un 50% en este período y la producción del sector en no más de un 3%.

Otra muestra de ineficiencia del sistema de salud es la existencia de incentivos inadecuados para la prevención en el sector público y en el privado lo que produce dos efectos, uno en el nivel de salud de la población y en la pérdida de años de vida saludable, y otro en el incremento de los costos del sistema de salud en su conjunto lo que será imposible absorber en el largo plazo con importantes incrementos de gasto fiscal y tampoco con mayores copagos y niveles de cotizaciones de los cotizantes del sistema público y privado.

Finalmente, cabe destacar que el desarrollo de los subsistemas de salud público y privado, como compartimientos estancos, está provocando una ineficiencia en el uso de los recursos de ambos subsistemas, ya que por esta vía se están produciendo duplicaciones de inversiones y subutilizaciones de infraestructura y recurso disponible con los consiguientes costos para el país en su conjunto.

4. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

4.1. Aumentar la satisfacción

A pesar de los esfuerzos realizados, el sistema de salud actual no satisface a las personas en cuanto al nivel de calidad de las atenciones que reciben, centrándose esta crítica básicamente en el sistema público de salud.

Se debe transformar el sistema de salud chileno en un sistema al servicio de la persona. Este primer objetivo se logrará mediante la generación de un sistema de salud que dignifique a la persona, que reconozca y respete sus derechos en el campo de la salud, que aumente sustancialmente los grados de libertad de la persona en el acceso a la atención, que se generen servicios adecuados a sus necesidades y que cuente con una organización donde las decisiones sean tomadas lo más cerca posible del nivel de atención.

4.2. Mejorar la equidad

Garantizar la igualdad de acceso a las oportunidades de progreso económico que ofrece la sociedad e integrar a los trabajadores y sectores más postergados de la población a los frutos de este bienestar, debe constituir una permanente y prioritaria preocupación del Estado.

Respecto del sector salud, ello implica que el derecho a la atención de salud debe garantizarse a toda la población, independientemente de la condición económica, social, étnica, religiosa, política o de salud de la persona. En virtud de ello, el Estado debe procurar un financiamiento adecuado y solidario, que asegure que todas las personas tengan acceso a un nivel de salud integral que el país defina y que el Estado se compromete a financiar solidaria y subsidiariamente.

Un Sistema de Salud al servicio de la persona requiere que se resuelva la inequidad en el acceso de la población a los servicios de salud. Esto implica diseñar un sistema de salud que en su financiamiento, estructura y organización, garantice la igualdad de oportunidades a la población en el acceso y en la calidad de atención de salud que reciben.

En consecuencia, deben generarse los mecanismos que permitan que los grupos medios, pobres y aquellos más vulnerables de nuestro país sean atendidos prioritariamente en sus necesidades de salud, como una forma efectiva de atenuar las diferencias que se producen como resultado de las desigualdades que prevalecen en nuestra sociedad.

4.3. Aumentar la eficiencia del sistema

Independientemente de su carácter público o privado, las organizaciones del país están obligadas a ser eficientes en el uso de los recursos para beneficio de toda la comunidad.

Junto con la readecuación del modelo de financiamiento del sistema de salud para aumentar la equidad y solidaridad en su funcionamiento, se deben redefinir los mecanismos de asignación de recursos financieros del sistema público de salud. Es posible lograr que ellos actúen activamente como incentivos para una mayor eficiencia en el funcionamiento de las instituciones del sector, una mayor eficacia en sus resultados y una mayor calidad en los servicios de atención entregados a las personas.

A la vez, debe readecuarse el actual modelo de atención de salud a las nuevas características y necesidades de atención de la población que surgen del proceso de transición demográfica que vive el país y su nuevo perfil epidemiológico. Esta readecuación, debe estar guiada por una estrategia global de atención que considere, como uno de sus ejes centrales, la atención ambulatoria de la población.

Finalmente, debe procurarse que el Ministerio de Salud asuma plenamente sus responsabilidades normativas, de definición de política de salud, de supervisión y de control para garantizar el acceso a la salud.

4.4. Abrir los canales de participación social

Cada persona, como tal, tiene un importante rol en la mantención de su situación de salud, por lo que debe tener una activa participación en las acciones para su fomento, protección, recuperación y rehabilitación. Asimismo, las personas deben contribuir al financiamiento de los programas de salud dirigido a estos fines en forma proporcional a su capacidad económica y en función de los beneficios privados que de ellos obtengan. En consecuencia, debe reconocerse el rol protagónico de las personas para escoger sus alternativas de atención de salud, fortalecer estos espacios de libertad propios y promover su participación a través de la comunidad organizada.

Esto responde a exigencias de carácter técnico y al reconocimiento de la revalorización que nuestras sociedades están haciendo del individuo. Decimos de carácter técnico, porque la evolución del perfil epidemiológico da cuenta de una problemática en que el individuo es el gran responsable de su salud, ya sea por sus hábitos, costumbres y su comporta-

miento individual o colectivo. De esta manera, se torna indispensable su participación en cualquier estrategia de salud que se quiera desarrollar.

La participación también debe ser considerada como un desafío esencial, porque las personas hoy, mucho más que antes, exigen participar en las decisiones que los afectan y desean elegir entre alternativas que la sociedad o el mercado les ofrece. La gente se niega a ser considerada como simple beneficiaria de un sistema social que se le ofrece como única alternativa, al cual sólo tienen acceso como usuario y donde actúa con escasos grados de libertad.

Finalmente, debe procurarse la participación complementaria y creciente del sector privado en la atención de salud. Lo anterior debe darse en el marco de la política de salud, respetando normas técnicas y principios éticos que le permitan contribuir a garantizar, integradamente con el sector público, el derecho a las atenciones de salud de la población.

5. LAS PROPUESTA DE REFORMAS PARA LA ACCION

El logro de los desafíos y objetivos programáticos reseñados —eficiencia y modernización del sector, libertad y satisfacción del usuario, participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones a sus problemas, equidad en el acceso a la salud y un modelo de atención integral de salud—, demanda un titánico esfuerzo por reformar profunda y concretamente el funcionamiento del Sistema de Salud chileno y compromete, por sobre todo, una visión de Estado que va más allá del interés particular de los Partidos Políticos.

5.1. El Proceso de Reforma y Modernización como Instrumento para Potenciar la Eficiencia del Sistema de Salud, la Libertad y Satisfacción del Usuario y la Participación Social.

La base fundamental del proceso de reforma y modernización del sector chileno, pasa por reconocer las ventajas en términos de eficiencia de gestión que representa, la adecuada separación de las funciones de provisión, financiamiento y regulación, funciones que tradicionalmente han sido manejadas centralizadamente por una sola organización como es el Ministerio de Salud.

Partiendo de esta base que propicia un proceso de descentralización en la gestión, todo cambio que se

proponga debe enfatizar la búsqueda de un sistema integral de atenciones de salud, que esté al servicio de las personas y respete su libertad de elección, que sea eficiente en su gestión y manejo lo más cerca de la comunidad organizada, para una efectiva descentralización. En esta línea, el paso más importante para avanzar en las reformas debe darse junto con las personas, cambiando lo que está más cerca de ellos y que, en su buen o mal funcionamiento, puede significar la mejoría o el deterioro en sus condiciones de salud, cual es el Sistema de Prestaciones de Salud.

En cuanto a la actual provisión de servicios, es sabido el descontento de las personas con el Sistema Nacional de Servicios de Salud y su red de establecimientos públicos de los más diversos niveles de complejidad. El deterioro en la calidad de las atenciones y los prolongados tiempos de espera, agotan la paciencia de una comunidad que, tratándose de su salud, desea respuestas ágiles, efectivas y lo más cercana a los problemas que vive. Adicionalmente y más allá de las restricciones económicas que la puedan afectar, cada vez es más sentida la necesidad de la población para que se respete su libertad de elección, por lo que se niega a estar restringida sólo a opciones de atención pública de salud.

Además se debe establecer un equilibrio entre las expectativas de la población y la capacidad real del sistema de proveer atención. Esto sería posible por la educación para la salud y la participación comunitaria en los diversos niveles del sistema. De esta forma la interacción usuario/sistema modulará las expectativas de los primeros respecto de la capacidad real del segundo.

Por otra parte, cada vez son más claras las ventajas de eficiencia que promueve la competencia entre distintos proveedores de salud, sean éstos de carácter público o privado. Así, el balance entre calidad de las atenciones y la contención de costos en salud, puede ser logrado de una manera más óptima dentro de un esquema de organización que promueve la descentralización y la competencia.

5.1.1 El nuevo sistema de prestaciones de salud.

Inspirado en todas estas orientaciones para mejorar efectiva y eficientemente la atención de salud de las personas, el nuevo sistema de prestaciones de salud que se propone busca potenciar el desarrollo de Corporaciones de Salud de base territorial y administradas por la propia comunidad, todo ello en un contexto de la más amplia y leal competencia con todas las formas tradicionales de provisión privada

de salud como son las clínicas, centros médicos, laboratorios clínicos, infraestructura médica de mutuales e ISAPRE, etc. (Fig. 1)

a) Propuesta para la discusión Regional

Hasta este momento, entre las diferentes alternativas evaluadas y sin que sea la única, se propone que las prestaciones y atenciones médicas sean otorgadas principalmente por Corporaciones de Salud de base territorial, a las cuales se les traspasará la administración de la actual infraestructura pública y municipal. Para tales efectos, el Ministerio de Salud conocerá y aprobará la formación de las Corporaciones de Salud, disponiendo el traspaso de la administración de la infraestructura pública territorial a las Corporaciones cuya operación sea autorizada. (Fig. 2)

Desde el punto de vista jurídico, las Corporaciones de Salud podrán adoptar la forma jurídica que la propia comunidad determine (Corporaciones de Derecho Público o de Derecho Privado, sin fines de lucro), eso sí, con la debida consideración del marco jurídico que las afectará, especialmente, en cuanto al status jurídico-laboral del recurso humano. De la misma forma y para todos los efectos legales pertinentes, las distintas corporaciones serán continuadoras de la labor desarrollada por el Sistema Nacional de Servicios de Salud.

En su formación, concurrirá la comunidad organizada a nivel local, provincial o regional para la organización y administración de los distintos establecimientos de que disponga la base territorial elegida para constituir una Corporación de Salud. Cuando las Regiones, Provincias o Localidades postulen a la formación de Corporaciones, automáticamente adquirirán el derecho a postular al fondo concursable de inversiones que el Ministerio de Salud utilizará como mecanismo de asignación de recursos de inversiones.

La autoridad máxima de cada Corporación quedará delegada en un Directorio con amplia representación de todos los estamentos organizados de la comunidad, tales como los trabajadores, las juntas de vecinos, el municipio, los gremios de profesionales de la salud y los empresarios, que pertenezcan al territorio comprendido por la Corporación.

Tras el objetivo de integralidad en las atenciones de salud que se brindan a la población, se promoverá la formación de Corporaciones que abarquen desde los establecimientos de atención primaria hasta los hospitales tipo 3 y 4 conocidos actualmente y todos aquellos centros hospitalarios de mayor complejidad que no sean centros de referencia nacional. En el caso de los hospitales tipo 1 y 2 que tienen la

característica de centros de referencia nacional, se promoverá también la formación de Corporaciones, pero de carácter autónomo e independientes de las Corporaciones de base territorial para evitar la creación de poderes monopólicos en la venta de determinados servicios de salud.

Las Corporaciones de Salud obtendrá sus ingresos de operación producto de las ventas de servicios de salud y los aportes voluntarios que logre recaudar. Para estos fines, las Corporaciones podrán establecer convenios con cualquier tipo de persona jurídica para la compra y venta de servicios, tanto dentro de su base territorial como fuera de ella.

Además, dispondrán de una línea de fondos concursables para el financiamiento de las inversiones en infraestructura pública. A su vez, como aporte a la formación de los profesionales de la salud, las distintas Corporaciones suscribirán convenios con las Universidades para garantizar la práctica asistencial y la debida correspondencia entre las necesidades de profesionales y la formación académica.

b) Otros entes proveedores de servicios de salud

Tal como se señalara previamente, las clínicas, centros médicos privados, laboratorios, infraestructura médica de las Mutuales, ISAPRE, grandes empresas y organismos no gubernamentales, etc., son fundamentales en el logro de un mercado competitivo de proveedores de salud.

La propuesta de reforma propone mejorar la complementariedad y la coordinación de este sector con las nuevas Corporaciones de Salud, como también fomentar la competencia entre todas estas formas de organización en la entrega de atenciones de salud eficientes y ampliamente satisfactorias a toda la población del país.

Desde una óptica de país, por ejemplo, se debe aprovechar la alta especialización de las Mutuales en el campo de los accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y tratamiento del trauma. Por lo anterior, resulta conveniente reducir las trabas legales y administrativas actuales que impiden la utilización al máximo de su infraestructura física y humana disponible por parte del resto del Sistema de Salud Chileno.

En la misma lógica anterior, debieran generarse mecanismos e incentivos para evitar que las mutuales, como también las ISAPRE, compitan por infraestructura, evitando duplicaciones y sobreinversión de alto costo para el país. El aprovechamiento de las economías de escala, requiere posibilitar la asociación de las mutuales y de las ISAPRE entre sí o con otras instituciones del sector público y privado para

Fig. 1 ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD PROPUESTO

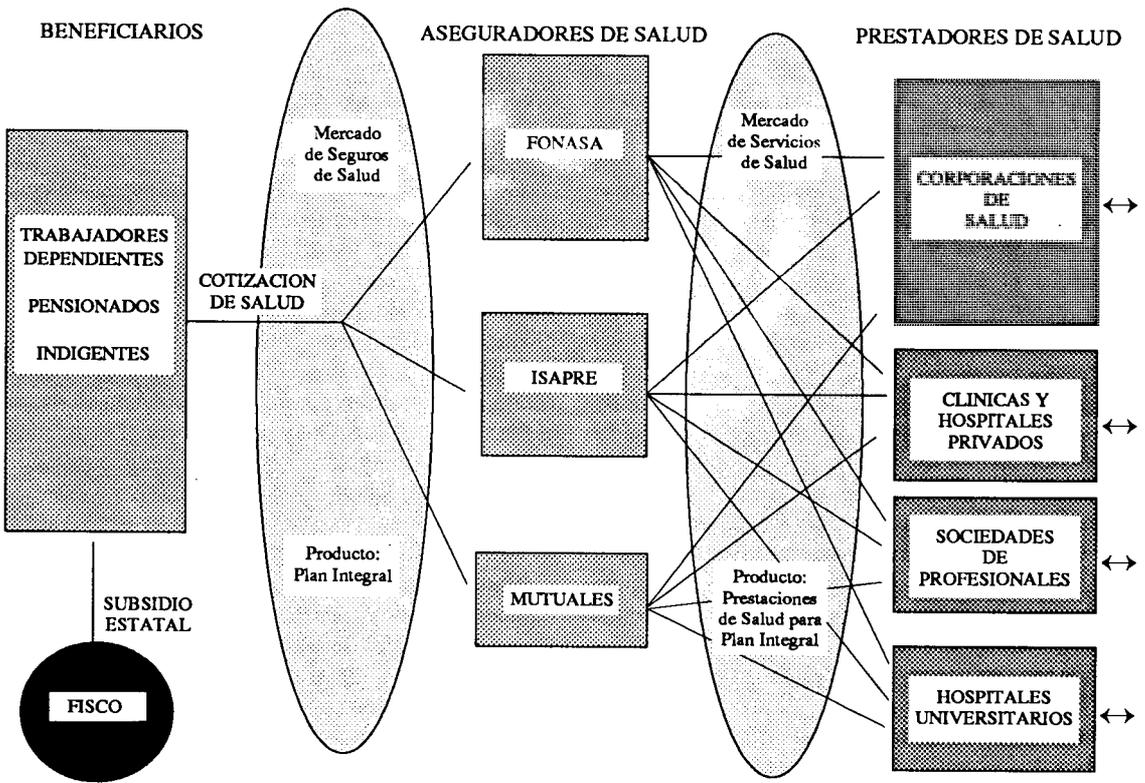
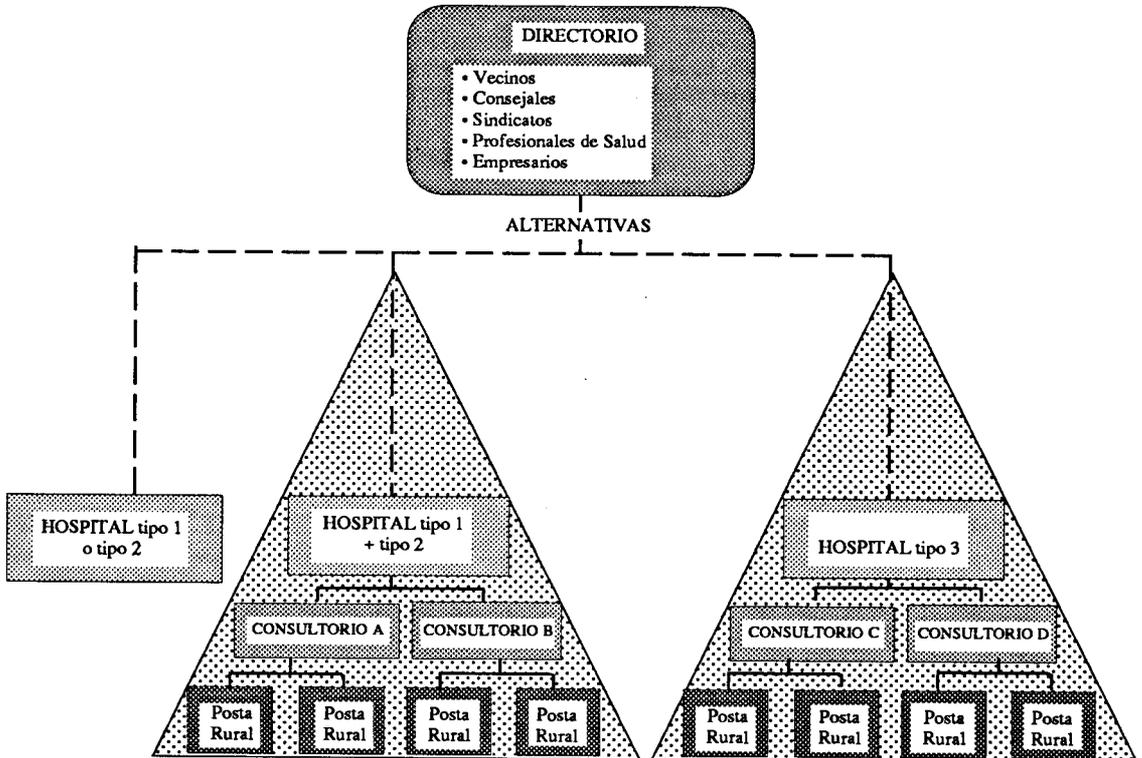


Fig. 2 SISTEMA DE SALUD PROPUESTO CORPORACIONES DE SALUD



el desarrollo de inversiones de alto costo en infraestructura especializada y de gran complejidad.

c) La Central de Abastecimiento

Es evidente que esta nueva forma de organizar la provisión de servicios de salud, se necesitará de servicios de apoyo como los brindados por una Central de Abastecimiento y su aprovechamiento del poder monopólico en la compra de todos los insumos médicos necesarios para la gestión de los proveedores de salud, especialmente por parte de las Corporaciones de Salud.

En sus inicios, la organización de este organismo comprador puede adoptar la forma de una empresa autónoma de carácter pública o privada, sin fines de lucro, pero en el mediano plazo debe promoverse su conversión en una sociedad privada, con o sin fines de lucro, cuya propiedad se encuentre distribuida equitativamente entre todas las Corporaciones de Salud que legalmente se constituyan en el tiempo. Evidentemente, por su carácter de contrapeso institucional al poder monopólico de los proveedores de insumos médicos, no se permitirá que éstos últimos tengan participación en la propiedad de la Central de Abastecimiento.

Una vez definido su esquema organizacional, se propone descentralizar y traspasar a los proveedores de servicios la decisión total de compra y de financiamiento, de modo de restringir el rol de la Central de Abastecimiento a la sola intermediación de pedidos. Así, la Central de Abastecimiento actuaría mandatada por los prestadores públicos o privados que se adscriben a ella en forma voluntaria y dependiendo de los mejores precios y calidad de los insumos que ella pueda obtener.

En síntesis, con todos estos cambios al nivel de la función de la provisión de los servicios se espera lograr efectivamente un Sistema Integral de Atenciones de Salud, desconcentrado regionalmente y descentralizado en su gestión, con amplia participación de la comunidad en la organización y administración de las Corporaciones de Salud y, por sobre todo, altamente competitivo y al servicio de las personas.

Luego de definir este nuevo marco de modernización organizacional para la provisión de servicios de salud, corresponde analizar otra área clave dentro de la organización y estructura del sector como es la administración del financiamiento. Es a este nivel estratégico, donde deben promoverse los espacios de libertad de las personas como usuarios de los sistemas de atenciones y la equidad en el acceso a un nivel básico de salud, de forma tal de garantizarles, con independencia de su situación económica, la

posibilidad de elegir libremente al proveedor de sus atenciones de salud, sea éste de carácter público o privado.

5.1.2 Los cambios en la administración del financiamiento

Como ya se señaló anteriormente, una reforma del sector salud orientada a mejorar su eficiencia y a ampliar la importancia de los beneficiarios del sistema, debe comenzar por la separación de las funciones de provisión y financiamiento. Respecto al financiamiento, esta separación debe ser acompañada por la eliminación de los subsidios a la oferta, su reemplazo por un per cápita para alcanzar el Plan Integral de Salud y por la promoción del más alto grado de competencia entre los establecimientos prestadores de salud.

a) El Plan Integral de Salud

Como una herramienta que permita una asignación equitativa de los recursos y sobre la base de las necesidades reales de salud de las personas, se deberá diseñar un Plan Integral de Salud, que tendrá las acciones de fomento y protección de la salud adecuada al actual perfil epidemiológico y las acciones de recuperación y rehabilitación necesarias que satisfagan las necesidades de la población. (Fig. 3)

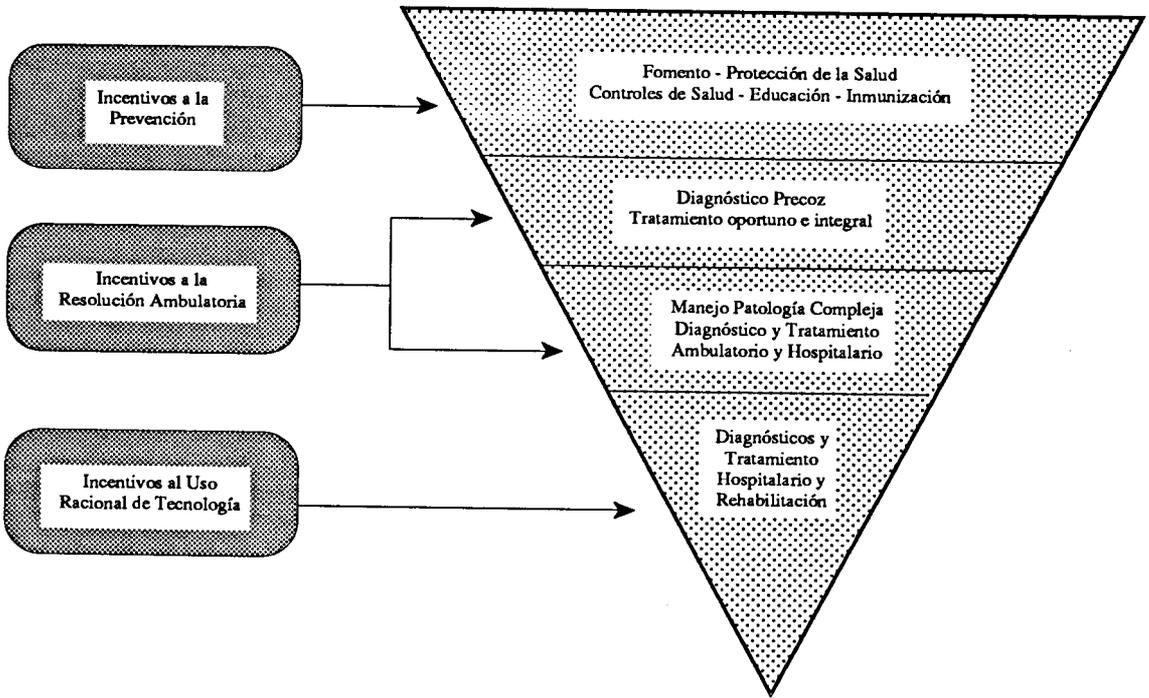
Este Plan Integral de Salud, será el mínimo garantizado para toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico. Esta garantía será alcanzada por el per cápita de subsidio estatal para que la gente que no posee parte o la totalidad del financiamiento necesario, pueda tener acceso a este Plan a través del FONASA o de los Seguros Privados.

b) El Seguro de Salud Público

En cuanto a la función específica de administración del financiamiento, se propone que sea el FONASA, con una estructura de organismo autónomo y desconcentrado regionalmente, quien se transforme en la organización de seguro público encargada de la administración del financiamiento provisional para salud y de otorgar la cobertura de los gastos de atenciones médicas a los beneficiarios del Sistema Público. Lo anterior, bajo estrecha coordinación con el Ministerio de Salud y las Secretarías Regionales Ministeriales para responder a los lineamientos generales de la política nacional y regional de salud, así como para cautelar la atención médica integral de la población.

En este esquema, el FONASA financiará las atenciones de la población con las cotizaciones previsionales para salud más los aportes fiscales que

Fig. 3 PLAN INTEGRAL DE SALUD



el Estado otorgará como un per cápita en reemplazo del actual subsidio a la oferta. Este per cápita lo otorgará el Estado para que a las personas pobres e indigentes se les garantice el acceso al Plan Integral de Salud, que podrá ser contratado por las personas en FONASA como alternativa de seguro público, o bien, en ISAPRE o cualquier otra forma privada de seguros de salud, siempre que estas instituciones solucionen sus problemas estructurales referidos más adelante.

Para el otorgamiento de las atenciones de salud a sus beneficiarios, FONASA establecerá Convenios de Servicios con Proveedores Públicos y Privados. Junto con la libertad para elegir a su organismo asegurador y siempre bajo la lógica del Plan Integral de Salud, todos los beneficiarios del Seguro Público, incluyendo indigentes y pobres, tendrán la libertad para elegir al proveedor de sus atenciones de salud, ya sea que se trate de las Corporaciones de Salud, Clínicas o Centros Médicos Privados o de cualquier institución prestadora que formalice convenios con FONASA.

Una consecuencia inmediata de este per cápita es que hace efectiva la dignidad, principio básico de esta propuesta.

c) Los Seguros Privados de Salud

En lo que respecta a la participación de privados

en el financiamiento de la salud general, se recomienda mantener la estructura básica de funcionamiento actual del Sistema ISAPRE perfeccionado con el Proyecto de Ley actualmente en trámite en el Congreso Nacional. No obstante, la solución de sus problemas estructurales como pre-requisito para captar el per cápita del Estado de aquellas personas que contraten el Plan Integral de Salud en el Sistema Privado de Seguros de Salud, constituye, sin dudas, el desafío de mayor envergadura y una gran oportunidad para sus posibilidades de desarrollo futuro.

Por su parte y en términos más específicos, el desarrollo de los Seguros de Accidentes del Trabajo y Riesgos Profesionales, actualmente gestionados por las Mutuales de Seguridad, también estará sujeto a perfeccionamientos en la administración de su financiamiento para incrementar la eficiencia e integralidad en su funcionamiento, así como la complementariedad con el resto de las instituciones aseguradoras y proveedoras de salud.

i) ISAPRE

Como requisito para poder ser elegible en la canalización del per cápita estatal, las ISAPRE deben abordar previamente la solución de los problemas estructurales de los seguros privados de salud como son la salud en la tercera edad, los problemas de los enfermos crónicos y los afec-

tados por situaciones catastróficas, la ausencia de una visión de salud integral, la aún escasa transparencia en las relaciones contractuales con sus afiliados y la eliminación de las restricciones al uso que impiden la flexibilidad necesaria y la continuidad de los afiliados al interior del propio Sistema ISAPRE.

Adicionalmente, debe promoverse la ampliación en la participación de privados en esta área por la vía de permitir que también las Mutuales de Seguridad y cualquier otra forma de organización privada puedan ofrecer cobertura de riesgos de salud generales. Con todo, la operación del plan de salud integral que se financie con subsidios estatales y que ofrezca cualquier institución privada de seguro de salud, debe apartarse de la lógica de exclusión y discriminación propios de los planes individuales de salud y acercarse lo más posible a la modalidad de funcionamiento de los planes colectivos, de manera de asegurar la cobertura mínima a la población subsidiada con independencia de sus características de rentas, edad y sexo.

Una vez resueltos todos estos problemas estructurales del Sistema de Seguros Privados de Salud, se estará recién en condiciones de captar el per cápita estatal para permitirles a las personas contratar el plan integral de salud en el Sistema ISAPRE u otra forma de organización privada de seguros de salud. Sin duda y como se ha reiterado, este paso trascendental ha de constituirse en una gran oportunidad para el desarrollo futuro del Sistema Privado de Salud.

ii) Mutuales

En el terreno de las recomendaciones de políticas, conviene mencionar algunos perfeccionamientos que requiere la administración del financiamiento para accidentes del trabajo y riesgos profesionales que actualmente realiza el Sistema de Mutuales.

Como medida prioritaria, debieran reducirse las barreras de entrada de nuevas instituciones al campo de mutualidades y permitir así que exista una mayor competencia por la captación de empresas afiliadas, por la vía de fomentar la participación de las ISAPRE y de cualquier otra forma de organización privada en este tipo de seguros. Lo anterior, sin que ello signifiquen transformaciones estructurales en la lógica actual con que opera el Sistema de Mutuales, cual es el esquema de reparto o financiamiento solidario de las atenciones que provee.

Tras el logro de un escenario más competitivo,

debe terminarse con los seguros de accidentes del trabajo administrados por el I.N.P y el S.N.S.S, facilitando la incorporación al Sistema de Mutualidades de todos los trabajadores del sector público y también de aquellas empresas más pequeñas del sector privado que aún no tienen acceso. A su vez, el estudio y diseño de mecanismos jurídica y económicamente factibles que permitan incorporar a la importante masa de trabajadores que laboran en el sector informal de la economía, representa otra importante área de perfeccionamiento.

Por último y a nivel del servicio ofrecido, es importante promover el desarrollo de la medicina ocupacional con mayor énfasis en la labor preventiva y de capacitación para evitar los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales. En lugar de sobreinvertir en infraestructura para la recuperación de la salud laboral, la inversión en programas preventivos y capacitación constituye el principal desafío en el futuro cercano para una gestión más eficiente del Sistema de Mutuales.

A modo de síntesis, con todas estas transformaciones en el área de la administración del financiamiento, se propone lograr la operación de los seguros de salud con una clara orientación hacia la libertad y satisfacción del usuario, que promueva la equidad en el acceso a un nivel básico de salud para toda la población del país y, sobre la base de fomentar una leal competencia entre proveedores públicos y privados, genere estímulos a la eficiencia en el otorgamiento de las atenciones. En particular, claro está que la libertad de las personas para elegir libremente a su institución aseguradora y al proveedor de las atenciones, castigando a quienes otorgan un servicio más caro o un mal servicio, se convierte en una poderosa herramienta para la eficiencia global del Sistema y para un adecuado control de los costos de la salud.

5.1.3 La reforma financiera y los estímulos a la eficiencia

Más allá de los cambios sugeridos en la administración del financiamiento, la relación específica entre el ente asegurador (público y privados) y los proveedores de servicios de salud, mediante la definición del mecanismo de asignación de recursos y los sistemas de pago, también es un elemento crucial en la definición de un nuevo modelo de organización financiera por el distinto y significativo impacto en la contención y recuperación de costos que pueden tener formas alternativas de asignar los recursos.

En términos más concretos, se plantean las siguientes medidas al nivel de los Mecanismos de Asignación de Recursos.

a) Orientaciones generales para la Asignación de Recursos

El rediseño del modelo de financiamiento del sistema de salud, a través de su funcionamiento, debe estar orientado a aumentar la eficiencia en la gestión de los recursos. En otras palabras, la redefinición de los mecanismos de asignación de recursos financieros debe constituirse en un instrumento que incentive el uso de métodos eficientes para la solución de los diagnósticos, una mayor eficacia en sus resultados, un aumento en la calidad de los servicios de salud de las personas, amén de contribuir a contener el crecimiento de los costos de las prestaciones.

Para promover la eficiencia en el otorgamiento de las atenciones contemplada por el plan integral de salud, FONASA incorporará a los Convenios de Servicios con prestadores médicos, mecanismos de pago que privilegien el logro de resultados y las acciones más costo-efectivas. Siguiendo un modelo que pretende modificar el actual sistema de asignación de recursos basado en una mezcla de presupuesto histórico y pago por atenciones prestadas, los esfuerzos deberán orientarse hacia la implementación de un mecanismo de asignación de recursos que pague en términos per cápita en la atención primaria y por resultados en la atención secundaria y terciaria.

b) Asignación de Recursos al Nivel Primario de Atenciones

Para el nivel de atención primaria asociado a la cobertura del plan integral de salud, el Ministerio de Salud ya ha desarrollado los aspectos técnicos elementales para la implementación del per cápita, el cual podría entrar en plena vigencia desde el inicio de las reformas.

c) Sistema de Pago al Nivel Secundario y Terciario

En cuanto a los niveles de atención secundaria y terciaria que complementan la cobertura integral del Plan Integral de Salud, ya se ha diseñado un sistema de Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), que mediante la estandarización de una serie de actos médicos, permite relacionar la asignación de recursos a resultados de salud y no únicamente a prestaciones aisladas. Los PAD consideran el costo total de las prestaciones y se aplican en base prospectiva. Finalizadas las pruebas piloto y una vez evaluado y perfeccionado el sistema en lo que resta de este gobierno, también debería considerarse la aplicación de este mecanismo de pago en los Convenios de

Servicios establecidos por FONASA desde la fase inicial de los cambios propuestos en el financiamiento del Sector.

5.1.4 El nuevo rol del Estado en el Sistema de Salud Chileno.

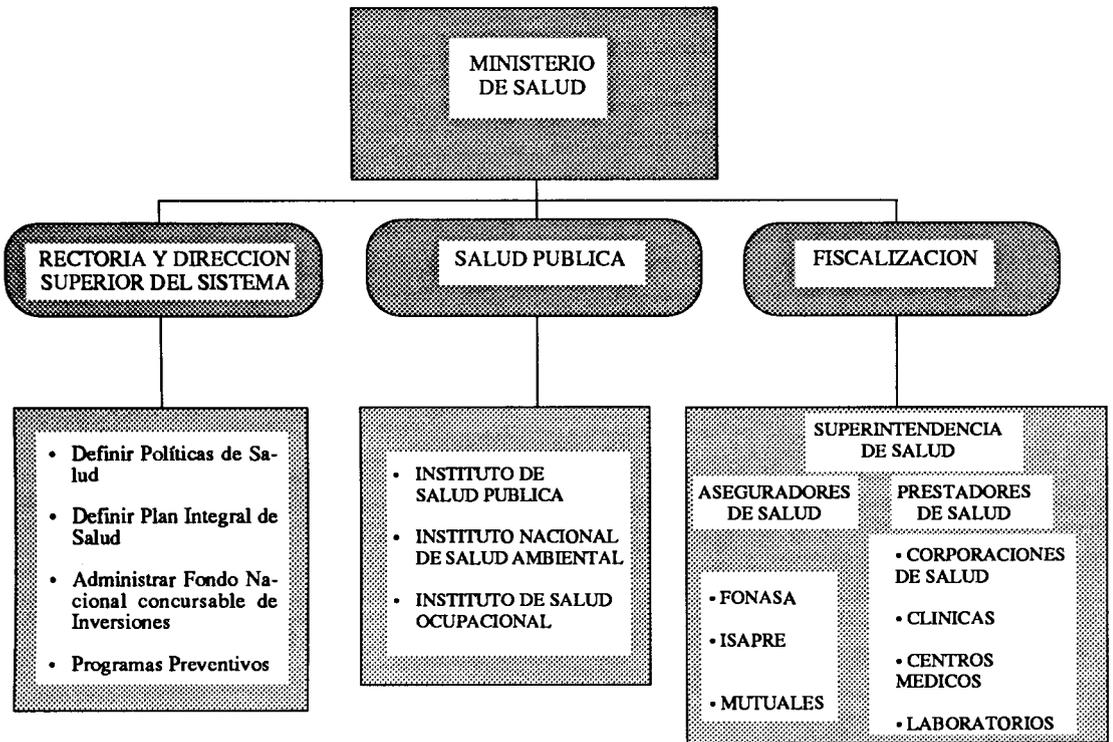
Dentro de este espacio de la más amplia libertad para elegir y competir que caracteriza el proceso de reforma y modernización del sector, al Estado le cabe un importante rol normativo, regulador y rector del Sistema de Salud Chileno, tanto en lo que se refiere a la provisión de las atenciones como en lo que tiene que ver con las alternativas de financiamiento o de seguros de salud existentes. Ello, en atención a que la salud es un derecho básico de la población que el Estado debe garantizar al máximo nivel que lo permitan las posibilidades del país y que, en función de este objetivo social, compromete una gran cantidad de fondos públicos para promover la equidad en el acceso a la salud y estimular la provisión de aquellos bienes públicos que no se producirían por la sola intermediación de los agentes privados. (Fig. 4)

Paralelamente, es el Estado, a través del Ministerio de Salud y sus instancias regionales o descentralizadas (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, Superintendencia de Salud e Instituto de Salud Pública), quien debe promover la máxima integración y complementariedad de todos los esfuerzos sectoriales en la búsqueda de la mezcla público-privada de mayor efectividad y menor costo para la solución definitiva de los problemas de salud que afectan a la población chilena. Tal misión, demanda un gran esfuerzo de dirección de la máxima autoridad del sector para la definición de prioridades, políticas y normas de salud, la elaboración de planes y programas orientadores, así como de coordinación, supervisión y fiscalización de las acciones públicas y privadas en las áreas de provisión y financiamiento de la salud.

a) Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud es el organismo rector del Sistema de Salud chileno. En el cumplimiento de su rol de rectoría del Sistema, tendrá como misión principal la definición de las políticas, planes, programas y normas que orientan y guían a las demás instituciones del sector salud en sus acciones a realizar sobre las personas y el medio ambiente, velando por el armónico desarrollo de todas las regiones del país y por la integralidad del Sistema de Salud.

Fig. 4 SISTEMA DE SALUD PROPUESTO: Nivel Nacional



- i) Políticas, planes, programas y normas
La definición de planes, programas y normas de alcance nacional son fundamentales para una adecuada dirección superior del sector salud. Mediante este proceso, el Ministerio de Salud define las prioridades de salud para garantizar el bienestar de la población en esta materia, centrando sus esfuerzos en los grupos de mayor riesgo biomédico, diseñando las acciones más costo-efectivas y de mayor impacto en la salud pública y asegurando un nivel de salud y bienestar acordes con el grado de desarrollo del país a todos los chilenos, especialmente a los grupos de menores ingresos y más vulnerables de la población. En términos más específicos, interesa destacar dentro del ámbito de atribuciones de políticas del sector, lo que dice relación con la definición del plan integral de salud para las personas, de los planes de inversión en tecnología, equipamiento e infraestructura del sector público, de recursos humanos y capacitación e investigación científico-tecnológica.
- ii) Plan Integral de Prestaciones de Salud
Dado que el Plan Integral de Salud será el instrumento clave para lograr la equidad en el

acceso a un nivel básico de salud, le compete al Ministerio definir las prioridades en términos de su formulación (prestaciones contenidas, coberturas exigidas y los recursos a comprometer en su financiamiento). Además, como organismo responsable de promover la integralidad en las atenciones de salud, debe definir los incentivos necesarios para que, en adición a las prestaciones de tipo curativo, el Plan Integral de Salud incorpore esencialmente acciones preventivas y de fomento de la salud de las personas.

- iii) Fondo concursable para inversiones en infraestructura pública
Mediante la definición de criterios y requisitos para un fondo concursable de proyectos de inversión, financiado con aportes fiscales y al cual podrán postular las Corporaciones de Salud que administren la infraestructura pública, el Ministerio de Salud estimulará la capacidad de formulación, gestión y ejecución de proyectos de inversión a nivel local. Asimismo, esta herramienta permite controlar el grado de tecnificación y tecnología del sector y armonizar el desarrollo en infraestructura y equipamiento de las distintas regiones del país.

b) Consejo Consultivo Nacional

Una de las preocupaciones fundamentales de la propuesta de reforma del sector, es la de abrir instancias reales de participación de la comunidad en la toma de decisiones y en la gestión de salud, que en último término los afectan directamente. Mediante la participación de la comunidad, se hace posible acercar el sistema de salud a las reales necesidades de la gente para canalizar el sentir nacional en las definiciones de políticas de salud.

La creación de una Consejo Consultivo Nacional, cuya función será asesorar al Ministerio de salud en la formulación de las políticas nacionales de salud, abre un cauce para la participación organizada de la comunidad en el área de la salud. Por esta razón, en su conformación tendrá presente la necesidad de participación de todos los actores sociales relevantes de la comunidad en el área de la salud, sin que ello signifique la creación de una estructura ineficiente. En general y siempre con representación de la comunidad, se postula una instancia en la que queden adecuadamente representados los usuarios del sistema, los trabajadores y empresarios de la salud y los colegios profesionales afines.

c) Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

La propuesta de reforma del sector salud considera también el traspaso de gran parte de las funciones de dirección superior del sector, concentradas actualmente en el Ministerio de Salud, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS). Así, de acuerdo con esta desconcentración de funciones al nivel regional, la responsabilidad principal de las SEREMIS será adaptar y adecuar las políticas, planes, programas y normas nacionales a la realidad regional y local.

Para el cumplimiento de estas tareas, las SEREMIS deberán estar en permanente coordinación con todos los organismos prestadores para el adecuado y permanente conocimiento de la situación de salud de la región, de sus provincias y comunas, así como de los problemas de salud sujetos a vigilancia epidemiológica. Dicha tarea se verá facilitada, si se considera que es al nivel de las SEREMIS donde se administrará el fondo regional concursable de proyectos de inversión para infraestructura pública que contará con financiamiento fiscal.

Con todo, la implementación exitosa de todos estos cambios, hace indispensable el fortalecimiento de las SEREMIS, dotándolas de los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para su eficiente desempeño. Complementariamente, en el cumplimiento de sus funciones, las SEREMIS con-

tarán también con una instancia de participación organizada de la comunidad regional, los Consejos Consultivos Regionales, para disponer de su asesoría en la formulación de los planes y programas de salud específicos que se estudie implementar en la región.

d) Superintendencia de Salud

Como instancia pública descentralizada y autónoma, dotada de personalidad jurídica y patrimonio propio y que se relaciona con el Presidente de la República por intermedio del Ministro de Salud, la Superintendencia de Salud y sus dos respectivas Intendencias, de instituciones aseguradoras y de instituciones prestadoras de salud, deberá regular, supervisar y fiscalizar el mercado de seguros y proveedores de salud.

Dada la amplia libertad y competencia que promoverán las reformas propuestas en el campo de la provisión y el financiamiento de la salud, se trata de contar con una instancia reguladora y fiscalizadora eficiente que asegure en estos niveles la integralidad y coherencia del Sistema de Salud, la calidad de los servicios otorgados por las instituciones aseguradoras y prestadoras de carácter público o privado, junto a la aplicación y cumplimiento de las normas del código sanitario respecto de personas y del medio ambiente.

e) Instituto de Salud Pública (ISP)

La función de este organismo público, descentralizado y autónomo, se propone concentrarla en la estratégica área del control de especies, fármacos y drogas. Por consiguiente, el ISP realizará la función de fiscalización de la producción, importación y registro de medicamentos, cosméticos, alimentos, plaguicidas, venenos de uso casero, productos naturales, reactivos de diagnóstico y de laboratorio clínico, accesorios de uso médico y otros que la ley determine.

En el cumplimiento de sus funciones, supervisará y fiscalizará el control de calidad en todos los laboratorios encargados de su producción y de los proveedores que distribuyan o vendan estos productos.

Respecto de su actual responsabilidad en la producción de vacunas, antiseros, reactivos de diagnóstico, medios de cultivo, animales de experimentación y otros productos que demandan instituciones públicas o del sector privado, se propone la creación de una empresa autónoma de carácter público o privado derivada del actual ISP para que asuma específicamente esta función.

f) Instituto Nacional de Salud Ambiental

Se plantea el estudio de la transformación del

Servicio de Salud del Ambiente de la Región Metropolitana en un Instituto Nacional de Salud Ambiental, de carácter nacional e intersectorial.

g) Instituto de Salud Ocupacional

Se plantea la realización de estudios que permitan evaluar la creación de un Instituto de Salud Ocupacional de conformación intersectorial descentralizado y autónomo.

Sintetizando, se estima que la propuesta en el plano de la rectoría y dirección superior del sector salud se enmarca plenamente dentro del rol normativo y subsidiario que el modelo de economía social de mercado reserva al Estado y responde adecuadamente a la necesidad de una visión integral y modernizadora del Sistema de Salud chileno. Lo anterior es así, toda vez que en atención al logro del bienestar común en el área de la salud, la definición de prioridades, políticas, planes, programas y normas de salud, como también la supervisión y fiscalización de su debido cumplimiento, quedan estrictamente reservado al espacio público de decisiones representado por el Ministerio de Salud y sus organismos descentralizados.

5.2. Hacia una Mayor Equidad del Sistema de Salud Chileno.

Como se anticipó en el marco de referencia de esta propuesta programática, uno de los principios básicos que deben regir a un Sistema de Salud, es que debe ser equitativo, entendiéndose por esto, a que la población debe tener igualdad de oportunidades respecto del acceso y calidad de atención de salud en el máximo nivel que la sociedad está en condiciones de otorgar.

Bajo este concepto de equidad, es del todo conveniente que el Estado garantice y financie un conjunto de atenciones de salud a los grupos más vulnerables económica, social, fisiológica y geográficamente de la población, concentrando sus esfuerzos de financiamiento en dichos grupos. La focalización del financiamiento hacia los grupos más desprotegidos, que en salud abarca a una población bastante amplia, aparece también como una manifestación concreta de solidaridad, toda vez que el fisco financia su gasto con los impuestos generales de la población, los cuales son solventados por los grupos de mayor ingreso relativo.

Como contrapartida, el resto de la población debe asumir su responsabilidad en el financiamiento de las atenciones de salud que demanda, dependiendo de su capacidad de pago real, liberando de esta forma recursos estatales.

Adicionalmente, se debe tener presente que en salud existen diversas atenciones que implícitamente benefician a toda la población, como son por ejemplo, el caso de las inmunizaciones. En estas materias, el Estado también debe asumir su rol subsidiario, ya que los privados no tendrán incentivos para financiar atenciones que son de beneficio público, es decir son compartidos por toda la población, independiente de su nivel socioeconómico.

Teniendo en consideración los principios señalados, se proponen las siguientes medidas fundamentales:

a) Aumento del gasto público financiado con impuestos generales como base para aumentar la equidad

Al observar los valores actuales de gasto per cápita puede afirmarse que Chile, con un gasto cercano a los 130 dólares anuales, en promedio, presenta una situación de gasto relativamente moderado cuando se le compara con países de similar nivel de desarrollo económico y, por tanto, puede concluirse que una mayor equidad no puede conseguirse por la sola vía de redistribuir el actual gasto en salud.

Sin embargo, para evaluar los requerimientos financieros futuros es necesario un consenso amplio de todos los actores políticos y sociales en torno a los objetivos de salud que el país se propone alcanzar.

La Política Nacional de Salud debe reconocer que existen factores de gran importancia que presionarán el gasto en salud durante los próximos años. Dichos factores, pueden clasificarse en tres tipos:

- i) Factores Estructurales: El envejecimiento de la población y los cambios tecnológicos constituyen factores de aumento de costos que están afectando a todos los sistemas de salud.
- ii) Factores de Mejoras de Atención: La existencia de grandes brechas tanto en materia de acceso oportuno a la atención como de calidad de la atención, hacen necesario invertir una mayor cantidad de recursos. Visto por el lado de la oferta, esto implica aumentos y mejoramiento de la infraestructura; reposición y ampliación del equipamiento. En particular implica destinar recursos para cerrar las brechas en la atención primaria que sin duda sigue constituyendo nuestro principal problema.
- iii) Factores de Presión de Costos: En este rubro destacan las presiones salariales, que seguirán produciéndose en los próximos años. En este punto conviene separar los aspectos de carácter

económico de los de tipo político. En el primer campo debe tenerse presente que el problema de remuneraciones del sector salud, en el contexto de las remuneraciones de mercado, es hoy en día principalmente un problema de estructura de remuneraciones y no un problema generalizado. Luego la política en este campo debería adoptar un enfoque de incrementos salariales que logren mejorar la productividad y gestión del recurso humano.

En el contexto de la situación descrita, la Política de Salud debe enfatizar el uso eficiente que se hará de estos mayores recursos, ya que incrementar los actuales niveles de gasto no puede convertirse en un objetivo en sí mismo. Por el contrario, la opinión pública está hoy en día altamente sensibilizada con la idea que un sistema ineficiente puede absorber cantidades significativas de recursos sin que ellos eleven el nivel de satisfacción de las personas.

De acuerdo a la actual estructura de financiamiento del sector salud y a las ventajas y desventajas de fuentes alternativas para obtener mayores recursos, se propone que la principal fuente de recursos para financiar las futuras expansiones de gasto sean los aportes fiscales que tienen como base los impuestos generales de la nación. Lo anterior, toda vez que los impuestos generales son el instrumento más recomendable para implementar políticas redistributivas en aras de una mayor equidad en el acceso a la salud y para resolver los problemas de financiamiento de los bienes públicos o con externalidades como son, en su mayoría, las actividades de fomento y protección de la salud de las personas y del ambiente.

Para estos efectos, debe tenerse presente que en una economía en crecimiento, se producen recursos adicionales que son fruto de dicha expansión de la producción. Estos recursos deben ser estimados y compatibilizados con las metas de expansión del gasto en salud que se planteen. En caso de no ser suficientes estos recursos, deberá recurrirse a la no fácil petición de incremento de la participación del sector salud dentro del total del gasto público, toda vez que se descarta en el contexto del próximo gobierno la posibilidad de incrementos de los impuestos generales. Por lo tanto, debe tenerse una actitud firme en la obtención de más recursos para el sector, pero realista si se considera que no parece viable la posibilidad de reasignaciones importantes del gasto público.

Por último, debido a los problemas de equidad que trae aparejado su utilización, se descarta el incremento de los pagos directos de las personas (copagos) como fuente alternativa para financiar el

mayor gasto en salud. Sin embargo, dada su importancia como herramienta para el control de costo y en el uso racional de los servicios de salud, debe mantenerse, en términos reales, su actual aporte al financiamiento del gasto en salud.

b) Definición participativa de un Plan Integral de Salud al que deben tener derecho todos los chilenos

Respecto de las atenciones de salud que el Estado estará dispuesto a garantizar y financiar total o parcialmente a quienes realmente lo necesiten, se propone la definición de un Plan Integral de Salud y que, en su configuración de nivel de salud garantizado, sea común para toda la población.

Un aspecto inicial que debe considerarse, es que la idea de definir una Plan Integral de Salud constituye una nueva manera de asignar explícita y transparentemente los recursos destinados a salud. Lo anterior, porque siempre que enfrentemos una restricción de recursos será necesario definir una manera equitativa y eficiente de asignarlos entre los distintos bienes y entre las personas.

La metodología del Plan Integral de Salud propuesto se sustenta en:

- i) Un criterio de equidad claro, que establece que todos los ciudadanos de un país, independiente de cualquier condición, tienen derecho a acceder a un conjunto básico e integral de atenciones de salud que, dadas las necesidades, pueda permitir a la persona alcanzar un determinado estado de salud. Lo anterior, significa que sobre este nivel de salud en que se garantiza la equidad en el acceso, los individuos que poseen recursos adicionales siempre podrán acceder a más cantidad o tipos de prestaciones de salud.
- ii) Un criterio transparente de asignación entre bienes, apoyado en la metodología de costo-efectividad. Esto es, las prestaciones consideradas en el plan deben ser elegidas de tal manera de maximizar el logro del objetivo de salud propuesto, dada la restricción de recursos.
- iii) Un proceso de generación del plan caracterizado por el privilegio de mecanismos explícitos y altamente participativos.

El Plan Integral de Salud deberá expresarse, en el terreno de su aplicación práctica, en la forma de un Plan de Seguro de Salud. Dicho plan, se postula como de carácter integral, incorporando atenciones y procedimientos ambulatorios (consultas y exámenes), atenciones hospitalarias (intervenciones quirúrgicas) y los medicamentos básicos necesarios. Además, resulta de esencial importancia que este Plan Integral de Salud incorpore una serie de

acciones preventivas que los distintos prestadores se obligan a otorgar a toda la población asegurada, sea vía FONASA o ISAPRE.

Finalmente, debe reiterarse que la definición del plan debe comenzar por un amplio debate nacional respecto de los temas claves aquí enunciados. Desde el punto de vista político, la propuesta de la generación de un Plan Integral de Salud abre un amplio espacio para la participación.

c) Modificación de los actuales subsidios de salud con el fin de mejorar su aporte a la equidad global del sistema

En un marco de mayor equidad, también resulta indispensable introducir ajustes en la operación explícita o implícita de los principales subsidios que hoy día existen en el sistema de salud chileno.

i) Subsidio de hasta el 2% de la renta imponible del trabajador que cotiza en ISAPRE:

La alternativa de eliminación no parece ser lo más conveniente, toda vez que habrían trabajadores cuya cotización de salud (7% de la renta imponible) no les alcanza para cubrir el precio del Plan de Salud, por lo que tendrían que volver al sistema estatal con su consiguiente grado de insatisfacción.

En consecuencia, es más conveniente perfeccionar este subsidio bajo la perspectiva de ser focalizado a los grupos de menor ingreso relativo, de tal forma que a mediano plazo pueda transformarse en el instrumento que permite el acceso al Plan Integral de Salud, ya sea en el Sistema ISAPRE o en FONASA.

ii) Subsidios maternales y por enfermedad grave del hijo mejor de un año:

Debe redefinirse este subsidio social que tiene como objetivo central el de proteger al embarazo y recién nacido, como también fomentar la igualdad de la mujer al trabajo frente al hombre en base a los siguientes planteamientos:

La alternativa de eliminar el subsidio sólo para las mujeres que están en ISAPRE introduce mayores distorsiones, toda vez que su situación quedaría en desmedro tanto con respecto al hombre como en relación con aquellas mujeres que se encuentren en el Sistema Público.

No obstante, se promoverá una focalización mayor de este subsidio, independiente del sistema previsional de salud a cual se pertenezca y extendiendo el beneficio a las mujeres indigentes y aquellas que no poseen trabajo formal.

iii) Subsidio implícito por atenciones de salud otorgadas en establecimientos estatales a los beneficiarios de ISAPRE.

Actualmente los beneficiarios de las ISAPRE demandan atenciones de salud en los establecimientos del SNSS, sin que éstos puedan recuperar el costo de dichas atenciones. Dicha situación, se produce principalmente porque los establecimientos no pueden suscribir convenios de atención con las ISAPRE que garanticen su pago. Por tanto, fortalecer los convenios de atención entre las ISAPRE y los establecimientos públicos y municipales de salud, por la vía de imprimirles un carácter obligatorio, se traduce en una solución efectiva y que les permitirá captar mayores recursos, terminando con este tipo de subsidio no deseados.

d) Transparencia en la Asignación de Fondos para asegurar la equidad

Resulta fundamental para asegurar la equidad global del sistema de salud, el cautelar que las cotizaciones previsionales financien un conjunto equivalente de prestaciones para los afiliados de FONASA y las ISAPRE. En este sentido, se trata de garantizar que las cotizaciones de los afiliados a FONASA no financien a los indigentes ni a la actividad que el Estado debe realizar en materia de prevención de la salud. Para este fin, se requiere de las siguientes medidas fundamentales:

i) Los recursos fiscales que aporta el Estado a FONASA, para financiar la salud de las personas, deben ser entregados de manera diferenciada al resto de los aportes y deben ser administrados separadamente de las cotizaciones previsionales. En forma adicional a la transparencia que adquiriría el sistema, el Estado puede exigir de FONASA el cumplimiento de ciertas metas en materia de entrega de prestaciones de salud a los indigentes por la vía de vincular sus aportes al Plan Integral de Salud.

ii) Las acciones de salud que además de generar beneficios sobre las personas que directamente los reciben producen bienestar en el resto de la población como es el caso de las acciones de fomento y protección de salud y además las acciones de salud que constituyen esencialmente Programas de Salud Pública, deberán contar con incentivos suficientes para asegurar su ejecución y cobertura necesaria.

Para los dos casos anteriormente indicados, se propone constituir un Fondo para acciones de fomento y protección, con el objeto de separar las actividades que pueden ser entregadas por prestadores privados de aquellas donde el Estado, no sólo debe asegurar su provisión, sino que también debe otorgar los incentivos apropiados

a objeto que se produzcan en la cantidad adecuada desde el punto de vista social.

El eje de la propuesta consiste en generar los incentivos apropiados para aumentar las actividades de fomento y protección de la salud. En el caso de las externalidades positivas, desde un punto de vista económico, aparece como el mecanismo más eficiente la utilización de subsidios para promover su consumo.

En consecuencia, el Fondo para acciones de fomento y protección es el instrumento para distribuir los recursos destinados al financiamiento de este tipo de acciones con alta valoración social. Además, este mecanismo posibilita que el proveedor de las acciones no sea necesariamente público, sino que se «compra» a todos quienes estén dispuestos a proveer estas atenciones dentro de los rangos de calidad aceptable. Por otra parte y al interior del aporte fiscal, permite diferenciar el financiamiento dirigido a comprar prestaciones curativas de aquel destinado al fomento y la protección. Este aspecto es muy significativo, ya que son justamente estas últimas actividades las que requieren un aporte estatal específico y definido para que sean provistas en la cantidad socialmente deseable.

5.3. El Logro de un Modelo Integral de Atenciones de Salud

La propuesta de reforma del modelo de atención de salud, que implica nuevas definiciones y orientaciones en la determinación de la complejidad de los niveles de atención de salud y de la relación entre estos, nace en función de los grandes cambios que ha experimentado el perfil epidemiológico del país, de los progresos técnicos y científicos de la medicina, como también de las nuevas políticas y disponibilidades de recursos con que cuenta el sector salud.

El envejecimiento de la población chilena, condicionada por la disminución de la natalidad, el aumento de la expectativa de vida al nacer y el mejoramiento en sí de la calidad de vida de la población, consecuencia del crecimiento y desarrollo del país, van condicionando la aparición de un perfil de morbi-mortalidad propio de esta condición, caracterizado por la alta prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que requieren para su adecuado manejo de técnicas y procedimientos más complejos y costosos.

Paralelamente, los progresos y avances de la tecnología y ciencia médica han permitido, y permitirán cada vez más en el futuro, la solución de gran

parte de los problemas de salud en forma ambulatoria, es decir sin hospitalización de más de 24 horas, con las consiguientes implicancias para la selección y organización del tipo de establecimientos de salud requeridos.

Por lo tanto, como consecuencia del cambio del perfil de morbi-mortalidad que ha experimentado Chile en las últimas décadas, del necesario aumento de complejidad de los procedimientos y técnicas para resolver estos problemas y de los avances de la ciencia y tecnología médica, que apuntan a la solución de los problemas mediante técnicas ambulatorias, se hace necesario readecuar y reorientar la estructura y organización de los niveles de atención de salud y las estrategias y niveles de prevención de salud.

Acorde con esta nueva realidad, las propuestas para la readecuación del modelo de atención de salud y de sus niveles de complejidad se enmarcan en los principios programáticos de mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud, como también la calidad de la atención de salud. Así, la mejoría de la calidad, eficacia y eficiencia del sistema público de atención de salud, como consecuencia de la readecuación del modelo de atención de salud, se materializa con la introducción de nuevos tipos de establecimientos de salud, distintos a los que tradicionalmente tenía el sector público de salud, orientados a resolver los problemas de salud en forma ambulatoria y evitando la hospitalización de los enfermos.

De esta forma, se solucionan los problemas de salud en forma más eficiente, disminuyendo por una parte los altos costos de la atención hospitalaria, en términos de inversión, operación y mantención y aumentando, simultáneamente, la calidad y eficacia de la atención de salud, mediante procedimientos médicos ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos, más seguros, inocuos y efectivos que los procedimientos tradicionales.

Por otra parte, como consecuencia directa de la introducción de estos nuevos tipos de establecimientos, se descongestionan en gran medida a los establecimientos hospitalarios, tradicionalmente identificados como «cuellos de botella» en la atención de salud, liberándolos de prestaciones que debieran resolverse en forma ambulatoria y concentrándolos en resolver los problemas de salud que realmente requieren de atención cerrada.

a) Descripción del modelo de atención propuesto

El nuevo modelo de atención define a los establecimientos y niveles de complejidad en dos subsistemas íntimamente relacionados: uno de atención abierta (ambulatoria) y otro de atención

cerrada (hospitalización). Asimismo, reconoce la existencia en cada sector de establecimientos del sector público (Fig. 5) (Corporaciones de Salud) y de establecimientos del sector privado. (Fig. 6)

En esencia, la readecuación del modelo de atención de salud del sector público introduce la creación de dos nuevos tipos de establecimientos de salud, los Centros de Referencia de Salud (CRS) y los Centros Diagnósticos Terapéuticos (CDT), ambos destinados, respectivamente, a la atención ambulatoria de mediana y alta complejidad.

Por otra parte y en lo que respecta a la atención cerrada, el modelo propuesto insiste en que los hospitales presten servicios para la resolución de los problemas de salud, diagnósticos y terapéuticos que realmente requieran del uso de cama hospitalaria. Adicionalmente, enfatiza la necesidad de homologar, en términos de complejidad de prestaciones, a los establecimientos que se encuentran clasificados en una misma categoría de establecimiento.

De esta forma, el diseño del sistema corresponde a una red asistencial de tipo planetario, donde los establecimientos de mayor complejidad de cada subsistema se ubican en el centro, confluyendo hacia ellos la derivación de pacientes de aquellos establecimientos de menor complejidad. Por su parte, desde los niveles de mayor complejidad también existe flujo de pacientes, así como de asesoría y capacitación, hacia los de menor complejidad.

Como criterio general, los pacientes electivos son enviados al establecimiento de atención ambulatoria u hospitalaria, según sea el caso, del nivel de complejidad inmediatamente superior, en un sistema de referencia escalonada. Así, todos los niveles operativos generan y reciben la información necesaria para evaluar y reorientar sus acciones, que fluyen por los canales técnico-administrativos.

Adicionalmente, dentro del modelo de atención de salud se incorporarán estructuras o establecimientos que corresponden a instancias de resolu-

Fig. 5 Estructura global del modelo propuesto para el sector público

NIVELES DE COMPLEJIDAD	SUBSISTEMA ATENCION ABIERTO	SUBSISTEMA ATENCION CERRADO
BAJO	Posta Rural Consultorio General Rural Consultorio General Urbano	Hospital 4
MEDIANO	Centro de Referencia de Salud	Hospital tipo 3
ALTO	Centro Diagnóstico Terapéutico	Hospital tipo 2 Hospital tipo 1 Hospital de Referencia Nacional

Fig. 6 Estructura global del modelo propuesto para el sector privado

NIVELES DE COMPLEJIDAD ¹	SUBSISTEMA ATENCION ABIERTO	SUBSISTEMA ATENCION CERRADO
BAJO	Consulta Privada Consultorio ² Centro Médico	Clínica Privada
MEDIANO	Centro Médico	Clínica Privada
ALTO	Centro Médico Clínica de Atención Ambulatoria	Clínica Privada

1 Nivel de complejidad: Debe definirse según criterios de acreditación establecidos por el Ministerio de Salud.

2 Consultorio: De similar organización que en el sector público, pero administrados por O.N.G.

ción de problemas que van más allá de la responsabilidad exclusiva del sector salud, reconociendo que hay situaciones que afectan a la comunidad cuya solución involucra acciones compartidas de diferentes sectores en ciertas áreas sociales, del medio ambiente y en la atención de grupos específicos de la población como, por ejemplo, los trabajadores y escolares.

b) El nuevo Modelo de Atención y las Corporaciones de Salud.

- ii) Realidad geográfica de la región.
- iii) Existencia de entes públicos y privados proveedores de salud (Clínicas y Centros Médicos Privados, infraestructura médica de ISAPRE y Mutuales, etc.)
- iv) La integralidad, coherencia y complementariedad del sistema, asegurando un flujo expedito y oportuno entre los distintos niveles de atención para los pacientes y personal de salud.

En función de estos criterios técnicos, se estima conveniente que la formación de Corporaciones considere la agrupación de los establecimientos del nivel primario de atención (Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales, estaciones médico-rurales) con los Centros de Referencia de Salud (CRS) y con los Hospitales tipo 3 y 4 del Sistema. En tanto, para los Hospitales tipo 1 y 2 y los Centros Diagnósticos Terapéuticos (CDT) de referencia nacional, se propone que cada uno de ellos sea en sí una Corporación de Salud, evitando las desigualdades que se podrían generar para las Corporaciones de aquellas regiones o localidades que no cuenten con un hospital de alta capacidad resolutiva.

c) Instancias de participación social.

Dentro del modelo de atención propuesto, se identifican formas concretas de participación de la comunidad. En primer lugar, se distinguen espacios formales de participación, tales como la incorporación de la comunidad organizada en instancias relacionadas con la gestión en salud. En segundo lugar, se subrayan mecanismos de participación de todas y cada una de las personas que no dependen de su incorporación en estructuras organizadas, sino más bien del ámbito directo de decisión de la gente como lo es la libre adscripción a los establecimientos de salud.

La participación de la comunidad en instancias formales ligadas a la toma de decisiones debe buscarse en coherencia con las formas de participación definidas en la institucionalidad jurídico-política

del país. En concreto, se buscará fortalecer la presencia de todos los actores sociales relevantes de la comunidad en el área de la salud (usuarios del sistema, los trabajadores y empresarios de la salud y los colegios profesionales afines, entre otros) en aquellos niveles de toma de decisiones que tienen que ver con la gestión nacional, regional y local de salud, como son el Ministerio de Salud, las SEREMIS, los Municipios y las Corporaciones de Salud. El ámbito y el alcance de esta participación será definido buscando enriquecer los procesos de toma de decisiones al interior de dichas instancias y, por de pronto, se propone la creación de órganos asesores como el Consejo Consultivo Nacional y el Consejo Consultivo Regional, más una instancia de toma de decisiones como el Directorio de las Corporaciones de Salud, donde la comunidad organizada tendrá un real espacio de participación en la definición de prioridades y la toma de decisiones en el Sector Salud.

Otra forma de participación debe ser la libre adscripción de las personas a los establecimientos que prestan servicios de salud en todos los niveles de complejidad de la atención, opción que promoverá FONASA a través de los Convenios con proveedores de carácter público y privado. La adscripción, en la medida que es voluntaria –con posibilidades de opción y susceptible de ser revocada–, se constituye también en un mecanismo concreto a través del cual las propias personas expresan su percepción sobre la calidad de los servicios que reciben.

En consecuencia, más allá de la incorporación de la comunidad organizada en instancias formales de toma de decisiones, la participación directa de las personas será mucho más real en la medida que promueva un proceso de educación en salud que permita a las personas una toma de decisiones libre e informada en todas aquellas áreas que guardan relación con la prevención, el cuidado y la recuperación de la salud.

En resumen, las reformas propiciadas constituyen un verdadero hito modernizador del sector salud y, sin dudas, permitirán cumplir a cabalidad los objetivos prioritarios buscados como son garantizar la equidad en el acceso a un nivel básico de salud para toda la población, promover la eficiencia en la asignación de los recursos y lograr un modelo integral de atención de salud. A lo anterior, se suma el marco de mayor libertad y participación de las personas, así como la mayor competencia que se promueve en el mercado de seguros y de la provisión de servicios de salud, como poderosos estímulos a la eficiencia global del Sistema de Salud chileno.