



www.chcapacita.cl

*Técnicas para Aplicar en la Atención
Primaria de Salud*

*Tu espacio, tu comodidad, tu **Chile Capacita***

Módulo I

CONCEPTOS Y ELEMENTOS CLAVES DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Introducción

La Atención Primaria de Salud (APS) se conoce como uno de los pilares fundamentales de un sistema de salud efectivo y esencial para todos los individuos o familias de una comunidad el cual se encuentra directamente relacionado con la adaptación e interpretación de la variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos de un país. Esta situación requiere un examen preciso de cómo funciona la APS, tanto en su forma, la teoría, como en su modelo práctico, es por esto que se debe realizar una mirada crítica acerca de cómo este concepto puede ser “renovado”, con el fin de reflejar de manera idónea las necesidades intrínsecas en materia de salud y desarrollo de la población tanto en países desarrollados como en vía de desarrollo.

Este documento, es prescrito por mandato de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mediante una resolución de 2003.

Si hablamos del concepto de renovar la APS, significa más que ajustarla simplemente a las realidades políticas emergentes de cada país. Existen diversas razones para justificar la renovación de APS, entre ellas encontraremos desafíos epidemiológicos que debe asumir la APS, como calidad y expectativa de vida; Las cuales requerirán la necesidad de corregir debilidades e inconsistencias presentes en los servicios de salud mejorando desarrollo nuevas estructuras y conocimientos sobre sus prácticas para el incremento de la efectividad de los servicios de salud, esto llevará al reconocimiento de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad social para reducir las inequidades en salud. Por lo tanto, el enfoque renovado de APS es el pilar esencial para lograr los compromisos de la declaración del milenio, afrontar las determinantes sociales de salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible en cada persona.

Salud pública en Chile y su contexto

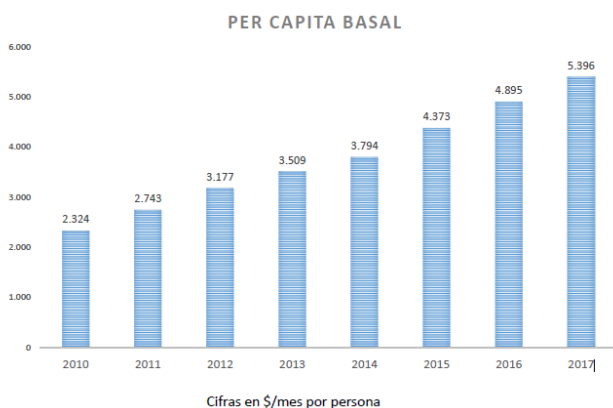
Para entender dónde estamos hoy, es necesario retroceder algunos años y conocer algunos antecedentes e hitos que han marcado nuestro presente y definirán nuestro futuro.

Chile, según los indicadores globales internacionales, es considerado como uno de los países emergentes en el ámbito socioeconómico y de desarrollo humano. El relativo buen nivel de salud alcanzado (incluso sobre otros países con similar desarrollo socioeconómico) se refleja en aspectos como:

✓ **Financiamiento per cápita:**

Desde 1990 hasta la actualidad se ha utilizado la asignación de los recursos económicos en salud a través de un monto per cápita, que se ajusta según riesgo social, aunque se mantiene la estructura básica establecida en 1979 (en cuanto a organización, aseguramiento, financiamiento y provisión de servicios). Un estudio hecho por la Universidad Católica en 2014, destacó que los últimos años el presupuesto en salud se ha ido incrementando progresivamente, así como también ha habido un aumento en el presupuesto de programas APS-FONASA. Respecto al porcentaje de participación de la atención primaria en el presupuesto del MINSAL, este creció gradualmente desde el año 2009 (de un 13,7% en 2003 a un 20,3% en 2009 llegando a 20,48% en 2014, con un crecimiento promedio anual del 14% entre el 2010 y 2017).

Evolución del valor per cápita basal



- El valor basal ha crecido 19% promedio anual entre 2010 y 2017, alcanzando los \$5.396 por persona por mes en 2017

Fuente: Alain Palacios Quezada 2017, en base a Minsal

Gráfico adquirido de un estudio presentado en congreso de APS "Construyendo Valor Social". Alain Palacios Quezada, Ministerio de Salud, abril 2017

En el gráfico podemos observar el aumento del monto per cápita desde el año 2004 hasta el año 2009, donde la máxima no superaba un monto un total \$2.644, en cambio, desde el año 2011 hasta 2017, su aumento ha sido exponencialmente graduado hasta superar los \$5.396.

La importancia de este ingreso radica en que si elevamos los montos per cápita en el sistema de salud, este permite garantizar un acceso al sistema de salud público de mejor calidad y un mejoramiento en su infraestructura y dotación del personal médico.

En la última década, destaca el fortalecimiento del sistema de protección social en salud, el establecimiento de garantías explícitas y exigibles para los ciudadanos en un grupo de patologías priorizadas y nuevos modelos de atención y gestión en Salud.

✓ **Expectativa de vida:**

El desarrollo humano tiene un directo impacto con la expectativa de vida, Chile durante mucho tiempo, ha presentado un alza en las últimas tres décadas, entre los años 1980 y 2017 la esperanza de vida creció en más de 10 años (Gráfico 2). Es importante destacar que este aumento de años de vida tiene un alto impacto en la estructura de la población, aumentando de manera significativa el “adulto mayor” (Gráfico 3), lo que nos lleva nuevamente al nuestro punto origen, un análisis constante de renovación para las políticas de atención en salud y equidad de las diferentes segregaciones etarias.

CHILE: Evolución de la esperanza de vida al nacer, por sexo

1950 - 2050

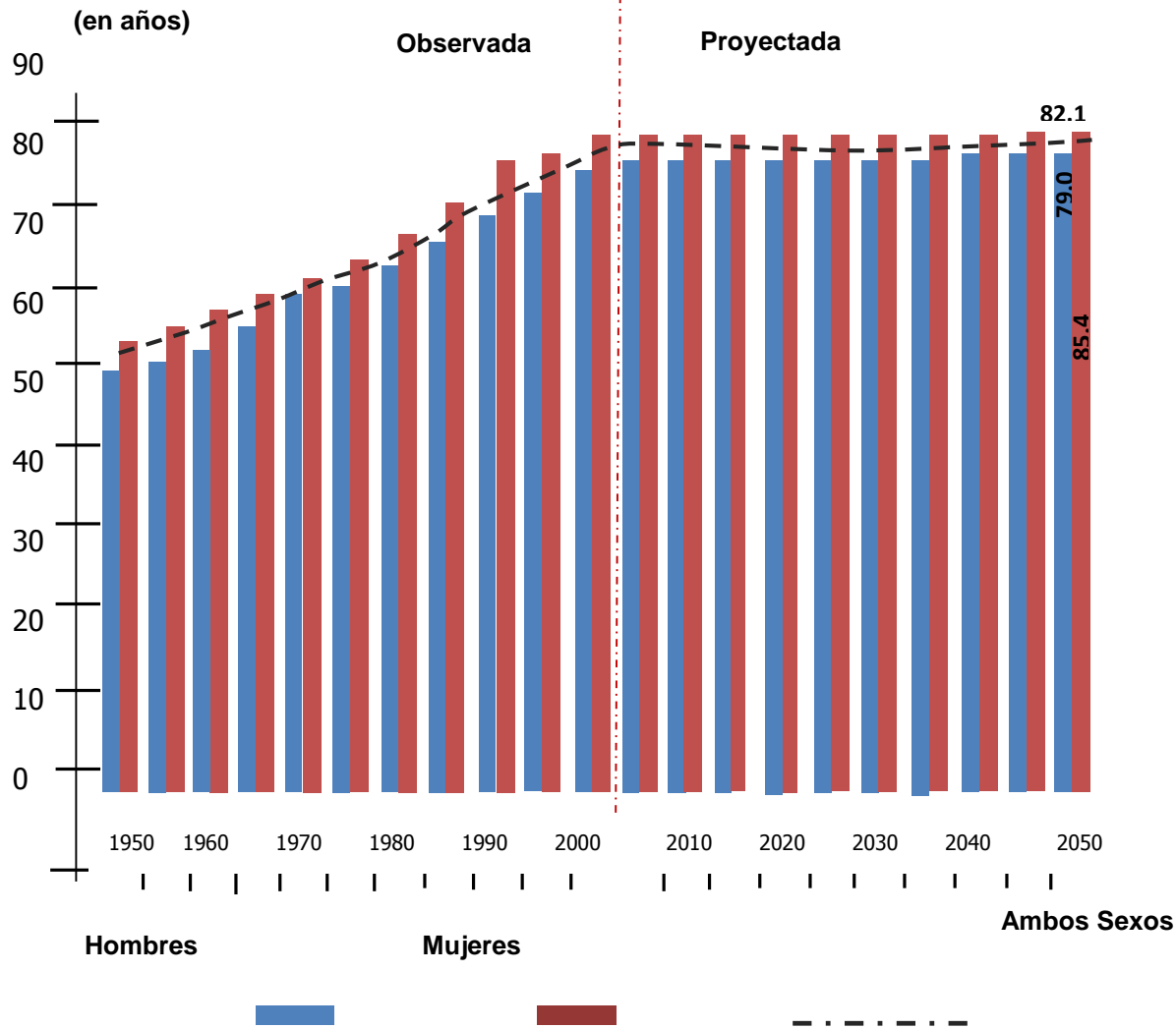
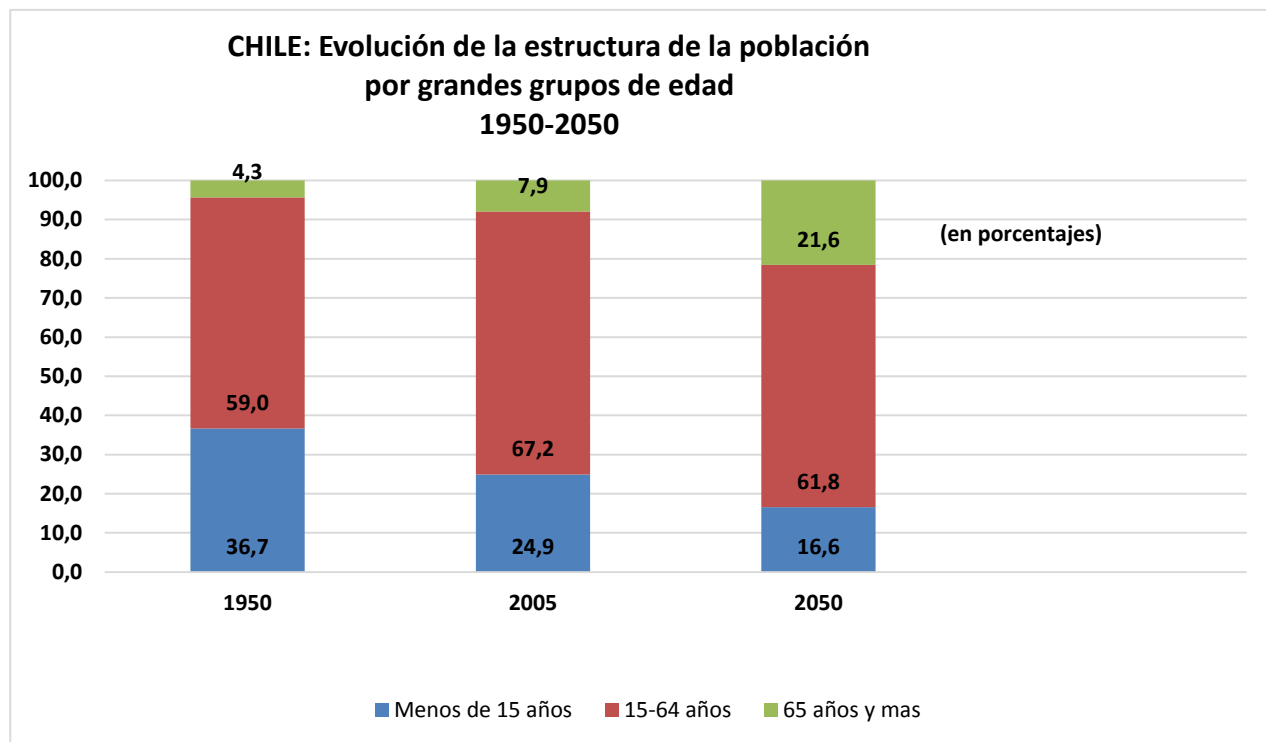


Gráfico 2 muestra la proyección de esperanza de vida desde 1950 hasta 2050, teniendo como dato imperativo, entre 2010 y 2020 una media de esperanza de años de vida sobre los 80 años.



% de adulto mayor para año 2050.

Determinantes de APS en Chile

Durante mucho tiempo los sistemas gubernamentales de salud pública postularon de manera primordial el objetivo de erradicar las desigualdades e inequidades en salud, mediante estudios sobre los cambios de los perfiles demográficos y epidemiológicos que conllevan a la esperanza de vida. Sin embargo, esta práctica llevo consigo identificar el aumento de las enfermedades crónicas concomitantes en los adultos mayores, siendo este una nueva arista en nuestro desarrollo de atención primaria. Hoy los nuevos objetivos se basan más allá de una expectativa de vida, sino la calidad de esta expectativa y su atención en el servicio de salud. Por ende los nuevos objetivos se orientan en fortalecer la autoridad sanitaria, en aspectos normativos, profesionales y técnicos, aumento del equipamiento e infraestructuras, que permitan dar un oportuno servicio de calidad; avanzar hacia una concientización de prevenir, controlar y reducir riesgos para la salud en la población, avanzar en la equidad en el acceso de las prestaciones de salud y medicamentos de alto costo, fortalecer las políticas públicas intersectoriales como “Chile crece contigo”, mejorar la calidad de vida y condiciones de salud medio ambientales.

El nivel y grado de desarrollo de la salud y sistema de salud en Chile es concordante, con los puntos ya mencionados; desarrollo socioeconómico y humano general junto la protección social que ha tenido el país. Ello implica logros y desafíos sanitarios, con una agenda inconclusa en algunos aspectos y nuevos problemas emergentes o reemergentes, con diversas implicancias para la agenda gubernamental en salud y el desarrollo y fortalecimiento del sistema de salud.

Su objetivo central es el de promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud.

Objetivos sanitarios Chile para nuestra década (2011-2020):

1. Mejorar la salud de la población.
2. Aumentar la satisfacción de la población.
3. Disminuir las inequidades.
4. Asegurar la calidad de las prestaciones de salud.

Para entender el concepto de **equidad en salud**, es de suma importancia precisar:

Que la dimensión de equidad se centra en el acceso, financiamiento y/o la distribución equitativa de servicios según necesidad sanitaria.

Es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social. Para entender aún más debemos conocer los principios para acción en equidad y salud (OMS).

“EQUIDAD EN SALUD”

Se puede definir como, “la ausencia de diferencias injustas e evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente. La equidad en salud, es uno de los objetivos centrales de los sistemas de salud, lo que lleva a la necesidad de abordar los determinantes sociales de salud”.

La OMS definió 7 principios para la “Acción de Equidad y Salud”:

1. Políticas de equidad deben preocuparse del mejoramiento de las condiciones de vida y trabajo.
2. Políticas de equidad deber dirigirse a facilitar estilos de vida más saludables.

3. Políticas de equidad requiere un compromiso real con la descentralización del poder y la toma de decisiones.
4. Evaluación del impacto en salud junto con acción intersectorial.
5. Preocupación compartida y control en el nivel internacional.
6. Equidad en atención de salud se fundamenta en el principio de asegurar acceso para todos a servicios de calidad.
7. Políticas de equidad deben basarse en investigación adecuada, monitoreo y evaluación.

¿Cuáles son las determinantes sociales?

Los determinantes sociales de la salud, se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se ha internalizado como *“las características sociales en que la vida se desarrolla”*.

Para entender aún más, debemos conocer el “Modelo de salud socioeconómico” que fue postulado por Marc Lalonde, Canadá 1974.

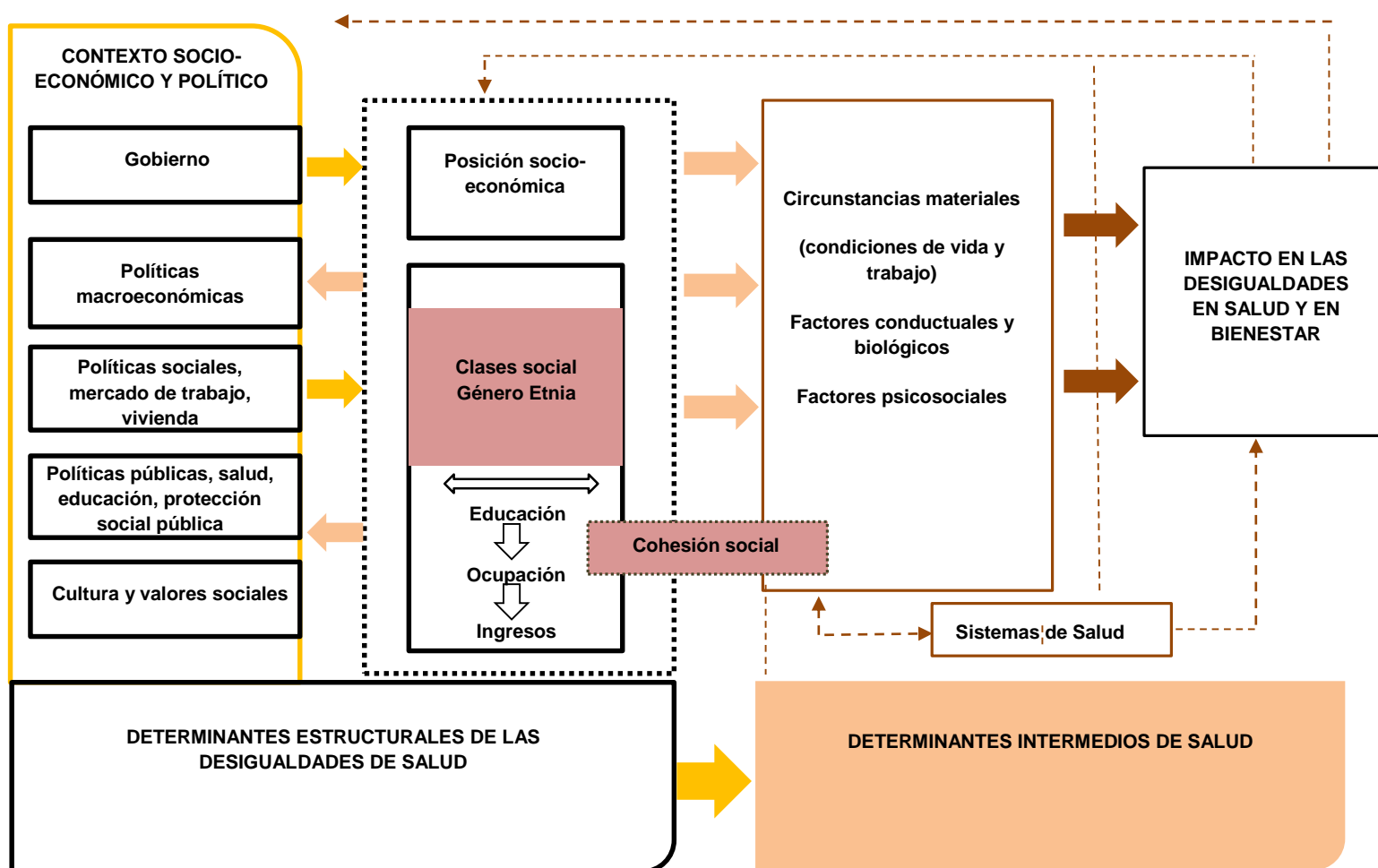
Este modelo, identificó como determinantes claves a los:

- ✓ **Estilos de vida:** Hace referencia a patrones de comportamiento determinados de cada individuo: características personales, interacción social y condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.
- ✓ **El ambiente:** Son las condiciones en que las personas nacen y se desarrolla durante su ciclo vital y la capacidad de satisfacer sus necesidades. Condiciones de su entorno, vivienda y trabajo.
- ✓ **La biología humana:** Están relacionados con la composición de la población, son relevantes para el diseño de estrategias a nivel local: género, edad, etnia, enfermedades genéticas.
- ✓ **Los servicios de salud:** Contribuye a permitir el acceso de los servicios sanitarios a las personas desde un enfoque de derecho humano.

En un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención.

Este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes. Las interacciones entre los factores identificados por Lalonde y otros, en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo planteado por Dahlgren y Whitehead y adoptado por Acheson en su influyente informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña.

COMISIÓN OMS sobre Determinantes Sociales de Salud (2008)



El Sistema de Salud en Chile

El sistema de salud está integrado por un gran conjunto de entidades públicas y privadas a nivel nacional, que directa o indirectamente se relacionan con el objetivo de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, en el ámbito individual y colectivo.

El sistema ha tenido un desarrollo histórico paulatino, que data ya desde la colonia, hasta configurar una compleja estructura con un dinámico funcionamiento a través de múltiples instituciones del ámbito estatal, público y privado. Esa misma complejidad dificulta un conocimiento y descripción más precisos, e implica grandes desafíos actuales para la gestión sectorial global, bajo el liderazgo de la autoridad sanitaria.

El sector público se encuentra formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud y cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo las personas de riesgo social más pobres, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos. El sector privado por su parte cubre aproximadamente a 17.5% de la población siendo estos los grupos sociales de mayores ingresos. De estos un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, la que realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Por otras partes tenemos a las agencias públicas de los servicios de salud de las Fuerzas Armadas que junto a los no cotizantes que pertenecen al 10% de la población promedio.

Un poco de Historia:

Entre los antecedentes relevantes previos a la configuración del sistema actual, destacamos los siguientes hitos:

- ✓ Que hasta fines de la década de 1970, el sistema de aseguramiento se basaba principalmente en la Caja de Seguro Obligatorio (obreros asalariados y otros beneficiarios) y el Servicio Médico Nacional de Empleados, más algunos sistemas específicos como los de las ramas de Fuerzas Armadas y de Orden.
- ✓ **1952 a 1979.** La provisión de servicios públicos estaba principalmente a cargo del Servicio Nacional de Salud, entidad con cobertura geográfica nacional.
- ✓ **En 1979,** se produce la gran reforma del sistema de salud que crea el Sistema Nacional de Sistemas de Salud (SNSS), que da origen a los Servicios de Salud y deja la atención primaria bajo administración municipal.

- ✓ En el aspecto previsional y de aseguramiento se establece el Fondo Nacional de Salud (FONASA) en cuanto seguro público de salud, mientras que el aseguramiento privado es asumido por un mercado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).
- ✓ **Desde 1990**, periódicamente se han llevado a cabo una serie de reformas específicas, aunque en lo central se mantiene la estructura principal establecida en 1979, tanto en la parte de aseguramiento como en la provisión de servicios asistenciales.
- ✓ **En la última década (2000 a 2010)** destaca el fortalecimiento y extensión del sistema de protección social en salud (especialmente los grupos más vulnerables y necesitados), asegurar el derecho a la salud mediante garantías explícitas y exigibles para los ciudadanos (en una serie de patologías priorizadas), y mejorar la atención y gestión en Salud, mejorando la satisfacción usuaria, y con el apoyo de la regulación efectiva para el adecuado aseguramiento y provisión de servicios, hacia una mayor participación, solidaridad y equidad.

Sistema de Salud y su aseguramiento

Todo trabajador activo o pasivo está obligado a cotizar el 7% para financiamiento de su régimen de Salud el que puede ser administrado por un seguro público (FONASA) o por alguna aseguradora (ISAPRE), existiendo libertad en la elección.

FONASA sistema de fondo nacional en salud:

Están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados al Ministerio, con el Presupuesto Global de Salud.

Cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica (Ley 16.781) y administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección.

Los beneficiarios del FONASA tienen acceso a dos tipos de atención:

- ✓ **Modalidad atención institucional (MAI)**, que brinda atención de las instituciones públicas de salud con cierta limitación en la elección del prestador. Los usuarios deben realizar pagos que van desde 10 al 20% del precio del servicio fijado por FONASA al recibir atención; esto excluye a los más pobres, mayores de 60 años o portadores de alguna patología AUGE con garantías explícitas.
- ✓ **Modalidad Libre Elección (MLE)**, puede ser elegida por cualquier persona, mediante un copago equivalente a la diferencia del precio fijado por los prestadores y la cantidad fijada aportada por Fonasa de cada prestación. Esta modalidad suelen recurrir los beneficiarios de Fonasa de mayores ingresos

Características Administrativas:

Funcionalmente es descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

Depende del Ministerio de Salud, a través Subsecretaría de Salud Pública, en los aspectos normativos y de política sanitaria y es regulado por la Superintendencia de Salud, que supervisa y controla al Fondo Nacional de Salud en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios, en particular respecto al Régimen de Garantías Explícitas en Salud.

Funciona con un Sistema de Reparto, donde todos los beneficiarios cotizantes aportan el 7% de sus ingresos imponible y acceden a un Plan de Salud Único, independiente del aporte y condiciones de salud de cotizantes.

Este sistema de seguro solidario está organizado sobre la base de un aporte obligatorio proporcional a los ingresos realizado por los trabajadores en actividad, con el que se forma un fondo, donde prima la solidaridad en la distribución, de acuerdo a las necesidades.

La afiliación por defecto de cotizantes y no cotizantes es con FONASA, a menos de que el cotizante manifieste lo contrario, los planes de salud de FONASA son universales no valorando riesgo, sexo o edad.

Los afiliados según sus ingresos son catalogados en tramos (A-B-C-D) correspondiendo o no aun copago según el tramo, este no debiese de superar el 20 % del valor de la prestación. El Modelo Institucional solo accederá a prestaciones públicas tramo A, mientras que Modelo Libre Elección pueden acceder a los tramos B-C-D que por medio del copago acceden al sistema privado de prestaciones.

Los afiliados según sus ingresos son catalogados en tramos:

<p>FONASA Tipo A</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A: Población de escasos recursos. ✓ No cotiza. ✓ Sistema de salud público de forma gratuita.
<p>FONASA Tipo B</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ B: 1 salario mínimo. ✓ No cotiza. ✓ Sistema de salud público de forma gratuita.
<p>FONASA Tipo C</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ C: entre 1 y 1.45 del salario mínimo. ✓ Cotiza. ✓ Copago del 10 % de la atención.
<p>FONASA Tipo D</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ D: más de 1,45 del salario mínimo. ✓ Cotiza. ✓ Copago del 20 % de la atención servicio público y privado

Las ISAPRES fueron creadas 1981, como empresas de seguro de salud con fines de lucro en el contexto de economía competitiva de la reforma previsional y estructural del sistema de salud en esos años, que no sólo ofrecían planes de seguro sino que también contaba con redes de prestadores de servicios privados propios. En los años noventa llegaron a alcanzaron el 25% de la población sin embargo en su trayectoria se han modificado algunas modalidades. Es así como el fortalecimiento del sector público y la implementación de la reforma de salud actual con el Régimen de Garantías Explícitas que regulan y fiscalizan los ejercicios sobre estas empresas, especialmente en solvencia económica, patrimonio y restricciones a las prestaciones de salud.

Las Isapres funcionan con la lógica de desarrollar planes de seguros para la salud individual o familiar, con primas según cobertura y riesgo, ofrecen diversos planes de servicios adicionales de a cambio de contribuciones complementarias obligatorias. Para estas los contratos pueden ser personas naturales, trabajadoras o incorporar a otras personas que no son carga familiar como cargas médicas. Estas se basan en el riesgo individual, por lo cual el precio de su prima, varía según los individuos y el contrato.

¿Quiénes pueden acceder a Isapre?

En su mayoría, las ISAPRE desarrollan planes de salud para ofrecerlos y venderlos al público en general, es decir, están orientadas a trabajadores de cualquier empresa, sin restricciones a priori para la incorporación de un beneficiario, de manera que su mercado potencial son todas las personas o grupos familiares que puedan contratar un plan de salud con dichas instituciones.

Operan en base a un contrato individual de seguro de salud, donde puede cotizar el 7% o más (voluntario) no excediendo las 4,2 UF mensuales.

La prima del contrato está determinada según edad, sexo y riesgo, lo que en muchas cosas determina que poblaciones como mujeres en edad fértil, tercera edad u otros no puedan acceder a estos contratos, concentrándose finalmente en FONASA.

El sector privado asegurador está constituido por las ISAPRES, empresas privadas de protección contra los riesgos para la salud, que administran la cotización obligatoria de los asalariados.

Clasificación tipos de ISAPRE

- ✓ **ISAPRE abiertas:** Todas ellas tienen fines de lucro, con la excepción de una relacionada con la Cámara Chilena de la Construcción, que reinvierte los excedentes.
- ✓ **ISAPRE cerradas:** Ligadas por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas que, por lo general, se originan en los sistemas de bienestar y tienen como único mercado a la población de trabajadores y sus familias de la empresa que les da origen. Normalmente, el financiamiento de estas ISAPRE contempla no sólo la cotización de los trabajadores, sino también, aportes directos del empleador y distintas formas de subsidio por parte de las empresas matrices.

Según un estudio publicado por la OCHIPAS:

A enero de 2008, existían un total de 14 ISAPRE en operación, 8 abiertas y 6 cerradas. Las ISAPRE abiertas poseen el 97% de los planes y cubren a un 96,6% del mercado de cotizantes. Las ISAPRE cerradas poseen el 3% de los planes restantes y cubren a un 3,4% de los cotizantes. En la cobertura de las principales ISAPRE, destacan CONSALUD, BANMEDICA y CRUZ BLANCA.

En las ISAPRE cerradas la posibilidad de inscripción está limitada, a personas que trabajan en una empresa o sector económico determinado, Este nivel socioeconómico es libre para toda la población que posea niveles de ingreso que le permita adherirse a un copago de plan, es por esto que las coberturas de ISAPRE tienen poblaciones más jóvenes en especial 20 a los 44 años, mientras que FONASA tiene mayor cobertura en la población adulto mayor.

Otras categorías de cobertura la constituyen principalmente el grupo de Fuerzas Armadas y de Orden:

Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden. Existe el sistema de aseguramiento dependiente del ministerio de defensa de las fuerzas armadas (CAPREDENA) y de Carabineros (DIPRECA) que dan cobertura a un 3% de la población. Contando además con una red de prestadores particular, pudiendo también acceder a los correspondiente al SNSS, Municipal y privados según convenios.

Las principales entidades gubernamentales en Salud

Para tener una equilibrada y coordinada relación entre las APS, desarrollo social-humano y político de gobierno acordes a los requerimientos de la población, para llegar a una equidad en salud, es necesario tener entidades que fiscalicen cada una de las áreas con determinadas funciones e instalación en el campo de la salud y lo legislativo. Entre ellas encontramos:

Ministerio de Salud:

Dentro de sus facultades están:

1. Dentro de sus facultades están ejercer la rectoría de todos los servicios de salud. Dicta normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de **prevención, promoción, protección** y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
2. Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud, trabajando en la vigilancia de los centros salud pública y evaluar la situación de salud de la población.
3. Posee datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia, conforme a las normas de la ley N° 19.628 y sobre secreto profesional.
4. Formular el presupuesto sectorial, evaluar y actualizar el sistema de acceso universal con las garantías Explicitas del sistema AUGE
5. Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
6. Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos que integran las redes asistenciales.
7. Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.
8. Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar, con certificación de especialidades y subespecialidades de los mismo prestadores de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones
9. Implementar sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados.

10. Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena.

Instituto de Salud Pública de Chile (ISP):

Dentro de sus facultades:

1. Servir de laboratorio nacional y de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios de salud pública.
2. Autorizar y registrar medicamentos y demás productos sujetos a estas modalidades de control.
3. Controlar las condiciones de internación, exportación, fabricación, distribución, expendio y uso a cualquier título, como asimismo, de la propaganda y promoción de los mismos productos.
4. Controlar los estupefacientes y productos farmacéuticos que causen dependencia y demás sustancias psicotrópicas respecto de su importación y de su uso lícito en el proceso de elaboración de productos farmacéuticos.

Central de Abastecimiento del SNSS (CENABAST):

Dentro de sus facultades:

1. Proveer de medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos e insumos que se requieran para el ejercicio de las acciones de salud.
2. Atender las necesidades que en las materias de su competencia le encomiende satisfacer el Supremo Gobierno, en caso de emergencias nacionales o internacionales, y
3. Prestar servicios de asesoría técnica a otros organismos y entidades del Sistema.

Fondo Nacional de Salud (FONASA):

Dentro de sus facultades:

1. Recaudar, administrar y distribuir los recursos señalados en la presente ley (art.55) y fiscalizar la recaudación de los señalados en la letra b) de dicho artículo.
2. Financiar, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el MINSAL, a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos, las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados. Asimismo, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud.
3. Financiar en los mismos términos, la adquisición de los equipos, instrumental, implementos y otros elementos de infraestructura que requieran los establecimientos públicos que integran el Sistema.
4. Colaborar con el Subsecretario de Salud Pública en la administración del financiamiento de las acciones de salud pública.
5. Conocer y resolver, los reclamos que sus beneficiarios efectúen, sin perjuicio de la competencia de otros organismos públicos.
6. Ejercer la tuición y fiscalización del financiamiento que se efectúe, de tal manera que se destine a las prestaciones otorgadas a sus beneficiarios, y velar por el cumplimiento de las normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios.
7. Determinar los documentos o instrumentos que acrediten la identificación de los beneficiarios y su clasificación.
8. Otorgar préstamos médicos.

Superintendencia de Salud:

Dentro de sus facultades:

1. Supervigilar y controlar a las ISAPRES y velar por el cumplimiento de las obligaciones que les imponga la ley en relación a las Garantías Explícitas en Salud, los contratos de salud, las leyes y los reglamentos que las rigen.
2. Supervigilar y controlar a FONASA en todas aquellas materias que digan estricta relación con los derechos que tienen los beneficiarios de la ley N° 18.469, en las modalidades de atención institucional, de libre elección, y lo que la ley establezca como Garantías Explícitas en Salud.

Protección social y aseguramiento en salud:

El sistema de Protección Social en Salud de Chile busca “generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso”.

En la última década, la protección social en salud se hace más sólida y compleja con el desarrollo de la ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas y la Ley de Régimen de Garantías Explícitas de Salud (AUGE- GES), que persigue asegurar acceso oportuno a servicios de calidad en una serie de patologías que cubren más del 70% de la carga por enfermedad.

La protección social en salud, tiene como fin asegurar la prevención, curación y rehabilitación de patologías, sin embargo cuenta con los sucesos de accidentes laborales y escolares más enfermedad laboral, destacando los siguientes recursos:

1. **Asistencia Médica:** Referida a la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria en la prevención, promoción y recuperación de la salud (tratamiento y rehabilitación).
2. **Prestaciones económicas de enfermedad:** Servicios en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

3. **Prestaciones por accidente en el trabajo y enfermedad profesional:** Protección al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión o subsidio mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.
4. **Prestaciones de maternidad:** Hacen referencia al conjunto de prestaciones de orden médico y económico que se otorgan por causa de la maternidad.

Para ello, se cuenta con regímenes contributivos de Enfermedad Común y de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se organizan principalmente en tres sistemas específicos:

1. El seguro público, en el Fondo Nacional de Salud, con características de un seguro de reparto. Cubre el 70,4% de la población.
2. El sistema ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), que agrupa a 14 entidades privadas que, en su mayoría, operan bajo un régimen de seguro individual. Tiene una cobertura de alrededor del 16,6% de la población.
3. El Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, que da cobertura de aseguramiento en salud a los funcionarios de todas las ramas de las fuerzas armadas y de orden, así como a sus familiares, bajo un esquema de seguro de reparto. Su cobertura representa alrededor del 3% de la población.

Adicionalmente, el sistema de Protección Social en Salud contempla las prestaciones universales de prevención y promoción de salud bajo un régimen no contributivo, que representan las acciones de Salud Pública. Destacan los siguientes programas y prestaciones:

1. Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
2. Atención Primaria de Salud.
3. Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa.
4. Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño.
5. Programa Ampliado de Inmunización.

6. Programa de Salud del Adulto Mayor.
7. Programa Oportunidades de Atención y Reducción.
8. De Listas de Espera.
9. Programa Control de Emisión de Fuentes Fijas.
10. Programa Prestaciones Complejas.
11. Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas.
12. Programa Salud Mental.
13. Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual.
14. Programas de Prevención del SIDA.
15. Difusión y Prevención de Salud.
16. Programa Adulto Mayor.
17. Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor.
18. Programa de Vacunación Anti-influenza.
19. Programa Jefas de Hogar
20. Atención Odontológica Integral para Mujeres Jefas de Hogar.
21. Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.
22. Programa Oportunidad en la Atención (POA) - Modalidad Institucional.
23. Seguro Catastrófico (SC).
24. Salud Oral.
25. Seguro Escolar de Accidentes.

Prestaciones no contributivas:

Por otra parte, también hay prestaciones no contributivas de asistencia médica para la población más vulnerable, estas son parte de objetivo de políticas de protección social gubernamentales:

- ✓ Beneficiarios de subsidios únicos familiares (SUF).
- ✓ Pensiones asistenciales de vejez o invalidez (PASIS).
- ✓ Subsidios de cesantía.
- ✓ Víctimas de la represión política (PRAIS).
- ✓ Discapacitados mentales.
- ✓ Migrantes.
- ✓ Población en extrema pobreza.

La administración del financiamiento de su aseguramiento recae en el Fondo Nacional de Salud.

Seguro obligatorio de accidentes de Tránsito:

De manera complementaria, las contingencias y necesidades en salud derivadas de los accidentes de tránsito están sujetas a un sistema de aseguramiento obligatorio a todos los propietarios de vehículos motorizados del país.

Financiamiento del Sistema de Salud

El financiamiento del sistema de salud chileno comprende una combinación entre aportes públicos y privados, los que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y de provisión de servicios.

El aporte público en salud proviene del presupuesto general del Estado, el cual se genera a partir de la recaudación de impuestos generales y específicos de las personas. Por su parte, el aporte privado también se compone de aportes directos e indirectos, correspondiendo los primeros a los gastos de bolsillo de las personas y los segundos a las cotizaciones adicionales que pueden

enterar voluntariamente los afiliados a ISAPRE para mejorar la cobertura de su plan de salud y el pago de las primas de seguros privados de salud.

Destacan las siguientes fuentes de financiamiento:

El financiamiento en el sistema de salud, destacan las siguientes fuentes de información:

1. Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.
2. Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.
3. La cotización obligatoria desde los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% del salario), en virtud del régimen de seguro de salud.
4. El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPRE (costo adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a una ISAPRE.
5. Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.
6. El co-pago de bienes y servicios de salud por medio de bonos, según aranceles fijados, a ISAPRE y FONASA, y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.
7. Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.
8. Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.
9. Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.
10. El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas. Entre las diversas fuentes del financiamiento del sistema de salud, destaca que más de un tercio (35%) es aportado por la cotización de los trabajadores, un cuarto es aportado por el Gobierno Central (26%) un décimo por pagos particulares.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS):

El SNSS es la fluctuación céntrica de todas las entidades gubernamentales del ministerio de salud y sus organismos dependientes, siendo las más importantes:

- ✓ Servicio de salud
- ✓ Fondo nacional de salud
- ✓ Instituto salud Pública
- ✓ Central de abastecimiento
- ✓ Participación de servicios municipales y servicios delegados

El Servicio de Salud como tal hace referencias a las acciones de protección, recuperación y rehabilitación de sus usuarios según los códigos sanitarios. Son 26 organismos completamente estatales que funcionan de manera geográfica definida y descentralizada. Su principal rol es la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y su red, tales como Hospitales, Consultorios generales Urbanos y Rurales, Postas rurales de salud y estaciones Medicas Rurales.

La provisión de servicios asistenciales en el Sistema Nacional de Servicios de Salud está a cargo de 29 Servicios de Salud distribuidos en el país. La atención primaria de salud provista en centros de salud urbanos y rurales ha sido delegada a la administración municipal. Cada Servicio de Salud cuenta con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial.

El nivel primario:

Atención de salud de mayor cobertura de mínima complejidad de carácter ambulatorio en postas rurales o consultorios en general. Son programas de control básico de salud, como consultas, visitas domiciliarias, educación vacunas y alimentación complementaria.

El nivel secundario:

Atención de salud de intermedia cobertura y mayor complejidad requiere de Unidades de especialidades básicas con complejidad tecnológica, actúan como centro de referencia.

El nivel terciario:

Se caracteriza por una mínima cobertura y una máxima complejidad, está representado por las Unidades de Tratamiento Intensivo, cirugías y hospitalizaciones.

Reforma de Salud

La Reforma de salud, nace con el objetivo de maximizar el acceso de atención a los tratamientos de enfermedades, optimizar tiempos de atención, mejorar y ampliar la red y mejorar infraestructura de los establecimientos de salud, mejorar la inequidad de los accesos para que no existan impedimentos económicos para someterse a un tratamiento, estos beneficios van principalmente dirigidos a los usuarios del sistema público FONASA como los afiliados al sistema privado ISAPRES.

Entre las justificaciones para esta reforma estaban el objetivo del Gobierno de:

- ✓ Terminar con las desigualdades sociales.
- ✓ El cambio del panorama epidemiológico chileno.
- ✓ Para entender aún más, recordemos que hace cincuenta años las principales preocupaciones de los programas de salud fueron: la tuberculosis, el cólera, Otras enfermedades infecciosas.

Hoy lo prioritario son las afecciones cardíacas, la obesidad, el cáncer y el sida, por lo que se hizo necesario alterar las políticas públicas respectivas.

La estructura y puntos claves considerados para la Reforma en Salud:

- ✓ Autoridad Sanitaria.
- ✓ Financiamiento.
- ✓ Plan GES.
- ✓ Derechos y deberes de las personas.
- ✓ Instituciones de salud previsional.

Autoridad sanitaria

Busca la reestructuración del Ministerio de Salud, los Seremis y los Servicios de Salud, crea los llamados "hospitales de autogestión en red" (establecimientos especializados en recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive) y otorga estímulos a los funcionarios por metas alcanzadas. Se convirtió en ley el 24 de febrero de 2004 (Ley N° 19.937), que sigue vigente hasta hoy.

Plan GES (Ex AUGE)

El objetivo del plan de Garantías Explícitas en Salud, es garantizar la equidad en el acceso de la población a la salud, independientemente de la capacidad de pago de las personas y de si están inscritas en FONASA o en una ISAPRE.

El plan toma una serie de enfermedades o condiciones de salud como prioritarias para su aplicación, como varios tipos de cánceres, hipertensión arterial, cardiopatías congénitas, traumatismos con riesgo vital y atención del embarazo.

Las garantías se expresan en que cada persona, de someterse a un tratamiento para alguno de los males contemplados en el plan, sepa cómo la atenderán, en qué plazos de tiempo y cuánto será el precio máximo a pagar por el tratamiento

El plan AUGE se convirtió en ley el 3 de septiembre de 2004 (Ley N° 19.966) y comenzó a regir el 1 de julio de 2005 con 25 patologías consideradas. Hoy son 80 enfermedades garantizadas.

Instituciones de Salud Previsional

El objetivo es proteger al afiliado a una ISAPRE en diversos aspectos.

Se permite que la familia de un cotizante siga recibiendo beneficios tras su muerte, se obliga a estas instituciones a dar cobertura a enfermedades antes excluidas (como la cirugía plástica reconstructiva), se incluyen las patologías del plan GES en las coberturas y se pone un límite al aumento de precios de los planes. Este proyecto se convirtió en ley el 17 de mayo de 2005 (Ley N° 20.015).

Derechos y deberes de las personas:

Cambios legislativos para que normen sobre la relación entre prestadores de salud y las personas.

Financiamiento:

La implementación del plan AUGE tuvo un costo de \$153.000 millones. Para su financiamiento se planeó crear un fondo solidario con aportes de las ISAPRES, FONASA y el Estado, el cual se redistribuya a las mismas entidades de acuerdo a cuántas personas tenga cada una en riesgo o afectadas por las patologías contempladas por el GES.

Los desafíos planteados para el 2020:

- ✓ Plan Nacional de Salud 2011-2020 (MINSAL).
- ✓ Las estrategias planteadas en la Reforma se traducen en planes de salud decenales (cada 10 años). Estos planes establecen objetivos estratégicos y metas.

Los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 tienen como norte, dos lineamientos:

- ✓ Prevención de enfermedades, el fomento a los hábitos de vida más sanos.
- ✓ Garantizar a todos los chilenos una atención digna, oportuna y de calidad y mejorar significativamente la gestión y eficiencia (de los hospitales y APS).