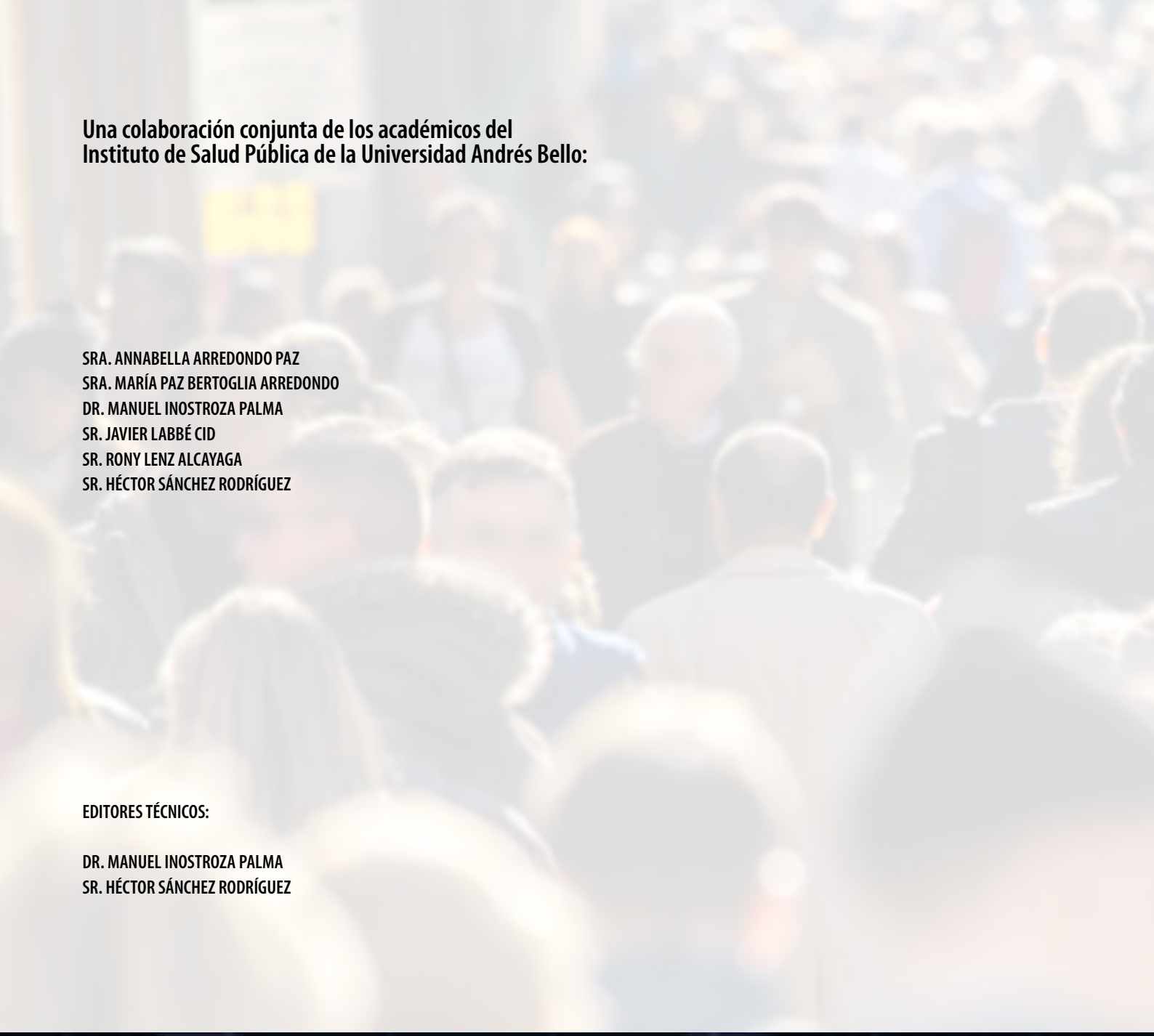
CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO: LA IMPORTANCIA DE LA ESTRATEGIA Y LA TRANSICIÓN

¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio?

Universidad Andrés Bello®

UNA COLABORACIÓN CONJUNTA DE LOS ACADÉMICOS DEL
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO:



Una colaboración conjunta de los académicos del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello:

SRA. ANNABELLA ARREDONDO PAZ
SRA. MARÍA PAZ BERTOGLIA ARREDONDO
DR. MANUEL INOSTROZA PALMA
SR. JAVIER LABBÉ CID
SR. RONY LENZ ALCAYAGA
SR. HÉCTOR SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

EDITORES TÉCNICOS:

DR. MANUEL INOSTROZA PALMA
SR. HÉCTOR SÁNCHEZ RODRÍGUEZ

SANTIAGO DE CHILE, NOVIEMBRE DE 2017

CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO: LA IMPORTANCIA DE LA ESTRATEGIA Y LA TRANSICIÓN

¿Cuáles son nuestras verdaderas posibilidades de cambio?

INDICE

INTRODUCCIÓN 5
CAPÍTULO I: ACERCA DE LAS PROPUESTAS ACTUALES 8
1. Antecedentes e Historia Reciente 8
2. Marco Teórico para la comparación de propuestas 11
2.1. Marco Teórico de la Seguridad Social 11
2.2. Marco Teórico Organización Mundial de Salud OMS 2000 (WHO, 2000) 12
2.2.1 Objetivos de un Sistema de Salud
2.2.2 Funciones de un Sistema de Salud
2.2.3 Procesos Fundamentales
2.2.4 Marco Teórico Aplicado al Caso de Chile
2.3. Retos que deberán enfrentar los Sistemas de Salud Modernos
2.4. Implementación de Cambios y el Problema de la Transición
2.5. Los Principales Desafíos Técnicos de la Transición

3. Análisis de las Propuestas respecto de un Sistema de Salud para Chile
3.1. Análisis en torno de los Principios de la Seguridad Social
3.2. Análisis en torno de las Funciones de los Sistemas de Salud
3.3. Análisis en torno de los Desafíos de los Sistemas de Salud Modernos
3.4. Análisis en torno de los Desafíos de la Transición
3.5. Comentarios sobre las propuestas

CAPÍTULO II: UNA NUEVA PROPUESTA

Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello

1. Introducción

2. Condiciones que debería cumplir una propuesta integral.

3. Diagnóstico y Desafíos de Salud Pública
3.1. Diagnóstico y Desafíos Sanitarios del Sistema de Salud Chileno
3.2 Construyendo una Estrategia de Salud para Chile
3.3 Objetivos de Salud de la Población

4. Los cambios estructurales que siguen a la estrategia sanitaria, según el Instituto de Salud Pública Andrés Bello (ISPAB).
4.1. Introducción
4.2. Primera Fase de Reforma "Renovación y Fortalecimiento"
4.2.1 Plan Garantizado de Salud Universal
4.2.3 Fondo de Compensación de Seguros Privados
4.2.4 Cobertura Adicional y/o Complementaria
4.2.5 Financiamiento
4.3. Segunda Fase de Reforma "Homologación e Integración"
4.3.1 Plan Garantizado Universal
4.3.2 Fondo de Compensación universal
4.3.3 Financiamiento
4.4. Tercera Fase de Reforma "Consolidación"
4.4.1 Estructura del Sistema de Salud
4.4.2 Subsidio por Incapacidad laboral

5. Evaluación de la propuesta
   5.1. Evaluación de la propuesta ISPAB según los principios de la seguridad social.
   5.2. Evaluación según las funciones de los sistemas de salud
   5.3. Evaluación según los desafíos de los sistemas de salud
   5.4. Evaluación a la luz de los desafíos de la transición

6. Comentarios Finales

BIBLIOGRAFÍA

ANEXO: PROPUESTAS
1. Propuesta de Mayoría de la Comisión Asesora para el Estudio del Nuevo Marco jurídico para el Sistema de Salud Privado, del Gobierno de la presidenta, Michelle Bachelet (Cid et al., 2014)

2. Propuesta Asociación de Isapres (Asociación Isapres de Chile, 2014)

3. Propuesta Paraje (Paraje et al., 2014)

4. Propuesta de la Comisión "Mejor Salud: Más Protección, Menos Desigualdad" (Castillo et al., 2013)

5. Propuesta Pontificia Universidad Católica (Cid, Torche, Herrera, Bastías, & Barrios, 2013)

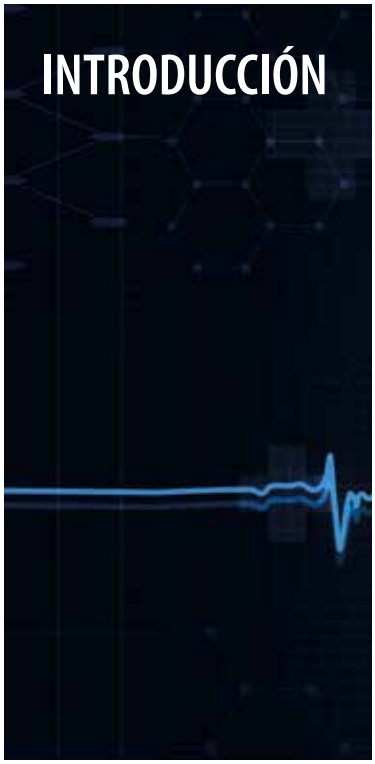
6. Propuesta Colegio Médico (Colegio Médico de Chile A.G., 2013)

7. Propuesta Grupo República (Grupo República Chile, 2013)

8. Propuesta Iniciativa Ciudadana Salud Justa (Iniciativa Ciudadana Salud Justa, 2013)

9. Propuesta FENPRUSS (FENPRUSS, 2013)

10. Propuesta de Mayoría de la Comisión Nacional de Salud, del Gobierno del presidente, Sebastián Piñera (Comisión Presidencial de Salud, 2010)



Este trabajo parte de una premisa muy sencilla, pero no por ello menos trascendente. El Sistema de Salud chileno ha vivido numerosos procesos de reforma desde principios de la década de los '80 a la fecha, caracterizados principalmente por la reorganización del financiamiento y la oferta de servicios:

- La Reforma de los '80 del gobierno militar, reorganiza el SNS y el SERMENA, crea el SNSS, FONASA, el actual MINSAL, municipaliza la APS y crea las ISAPREs.

- La Reforma financiera de la década de los '90 que culmina en la reforma de FONASA, tiene como eje fundamental la creación de un sólido y moderno Seguro Público que rescata los elementos históricos de la seguridad social chilena.

- La Reforma AUGE incorpora el concepto de garantías explícitas en salud a un conjunto priorizado de problemas de salud, a los cuales las personas tienen derechos, ya sea que pertenezcan al sistema público o privado de salud. Esto se trata de lograr por la vía de ordenar los tiempos de espera en el sector público a través de la reorganización de la oferta de servicios, y de generar un plan mínimo –con coberturas financieras mínimas o copagos máximos- en el sector privado.

El común denominador de estos procesos –inspirados por tres corrientes políticas distintas, en décadas diferentes y con objetivos disímiles- es que todos carecen de una ***estrategia sanitaria intersectorial sostenida***, que es un elemento crítico para entregar direccionalidad y maximizar la posibilidad de éxito de un proceso de Reforma.

En todo este período, Chile ha carecido de una estrategia de salud que, por un lado, definiera objetivos de salud, sobre los cuales se generase el reordenamiento organizacional del financiamiento y la oferta de servicios en salud; y por otro, se especificara un conjunto de acciones intersectoriales que apoyasen, complementariamente este esfuerzo permitiendo hacerlo sostenible en el tiempo, incluso en escenarios de cambios políticos y de reorganización del sistema de salud.

Dicho de otra manera, los tres procesos de reforma mencionados colocaron "la carreta antes que los bueyes", tratando de definir primero una estructura y a partir de ésta, armar una estrategia de salud, la que nunca cuaja ni llega a ser intersectorial. Con todo, las reformas chilenas en salud se han construido sobre los avances anteriores, de manera tal que, al menos, los elementos más exitosos han tenido la continuidad necesaria, a pesar de los intentos incompletos.

Esta forma de enfrentar los problemas fue objeto de debate en el ámbito de la gestión, a partir de los aportes que realizó principalmente Chandler (Chandler, 1962), al señalar -después de analizar la forma como se reorganizaban las corporaciones norteamericanas frente a un escenario de diversidad de mercado, que las obligaba a abandonar las estructuras funcionales y adoptar estructuras divisionales más descentralizadas- que lo lógico en organización es que "la estructura siga a la estrategia". Desde entonces, incansablemente se enseña en los programas de administración y negocios este nuevo paradigma de la gestión.

Probablemente uno de los factores de éxito del Servicio Nacional de Salud (SNS), reconocidos inclusive a nivel internacional, fue que este definió de manera nítida un conjunto de objetivos sanitarios, ligados principalmente a la reducción de la mortalidad materno infantil en Chile, que en ese momento sobrepasaba el promedio latinoamericano. En efecto, Chile tenía una tasa de mortalidad infantil de 136.2 por 1.000 nacidos vivos en 1950.

Para lograr estos objetivos, Chile reorganizó el sistema público de salud a través de la creación del SNS, con una estructura jerárquica y vertical basada en programas de salud, pero muy ejecutiva. Esta organización impulsó acciones de atención de salud tales como: el control del embarazo y la pesquisa de riesgos obstétricos, la atención profesional del parto –principalmente por parte de las matronas-, el control del niño sano, la vacunación contra enfermedades infectocontagiosas y la atención de morbilidad de enfermedades prevalentes en la infancia, tales como la diarrea y las IRAs.

Paralelamente, y tan importante como la reorganización del financiamiento y la oferta de servicios de atención en salud, fue el desarrollo de estrategias intersectoriales complementarias a la atención de salud, por ejemplo, en el campo de la nutrición de la madre y el niño, lo que permitió la creación del Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición, dando también origen a destacadas instituciones universitarias y privadas (INTA y CONIN, respectivamente) que colaboraron con el Estado en la implementación de una estrategia intersectorial integral que arrojó positivos resultados en el control de la desnutrición. Por otro lado, la expansión en la cobertura del agua potable, el saneamiento básico y una mayor educación -principalmente a las madres jóvenes- fueron determinantes en la mejoría de los índices no sólo de desnutrición infantil sino también en los de mortalidad infantil tardía.

El resultado de estas estrategias, que fueron sostenidas durante 30 años, incluido el período de quiebre institucional como fue el Golpe de Estado de 1973, se tradujo en que hacia 1980 y antes de la reforma de salud del gobierno militar, la tasa de mortalidad infantil descendió a 33 por cada 1.000 nacidos vivos (Jiménez & Romero, 2007). Posteriormente, el país siguió impulsando esta estrategia con una segunda camada de acciones, permitiendo descender el indicador hasta 8,9 por 1.000 nacidos vivos en el año 2000, durante el período denominado de reforma financiera, en la década de los 90.

Visto en retrospectiva, la gestión del Estado a través del Ministerio de Salud como ente rector y del SNS como organismo ejecutor de la estrategia global de salud, fue adecuada puesto que consiguió: la definición de objetivos sanitarios relevantes desde la perspectiva del desarrollo del país, la creación de una estructura organizacional acorde a la misión definida y la movilización de acciones y recursos intersectoriales que complementaran la atención del sistema de salud. Con el logro que significa también haber sostenido la estrategia durante medio siglo.

Desde esta perspectiva, las tres reformas siguientes no han podido superar los avances alcanzados por el sector salud en dicho período, dado el particular enfoque que posteriormente se adoptó en cuanto a concentrarse exclusivamente en la reorganización del financiamiento y la oferta de servicios.

Reorganizar el financiamiento y la oferta de servicios no es inadecuado en sí. Lo inadecuado es no hacerlo bajo la orientación de una sólida estrategia de salud. La lección que es posible obtener de las sucesivas reformas posteriores a la del SNS, es que las transformaciones a las estructuras y modelos de financiamiento y asignación de recursos son necesarias, pero no suficientes. Requieren ser encauzadas por estrategias globales de salud para el país, que aborden los grandes desafíos desde una perspectiva más amplia que “la atención de salud” y su “financiamien-

to". Deben de considerarse los aspectos con mayor impacto en las variables que aumentan los riesgos de la población de sufrir una enfermedad y en las modificaciones en el ciclo de vida de las personas. Con el envejecimiento y el crecimiento de las condiciones crónicas, las estrategias no pueden circunscribirse al dispositivo sanitario, es necesario desarrollar la intersectorialidad y retomarla como una estrategia sectorial importante para abordar los desafíos presentes y futuros.

Probablemente la Reforma AUGE, fue la que estuvo más cerca de realizar una redefinición de este tipo, sin embargo, sucumbió a los problemas contingentes, a las presiones de los grupos de interés y a la falta de visión estratégica de aquellos que debieron implementar las trasformaciones.

La consecuencia es que los cambios a los sistemas de financiamiento fueron a medias. Las modificaciones estructurales no se llevaron a cabo y se implementó el AUGE con un conjunto de tratamientos de salud sin una clara articulación estratégica y se introdujeron un conjunto de medidas administrativas "de control" de dudosa utilidad, las que a doce años de su puesta en marcha han resultado abiertamente insuficientes.

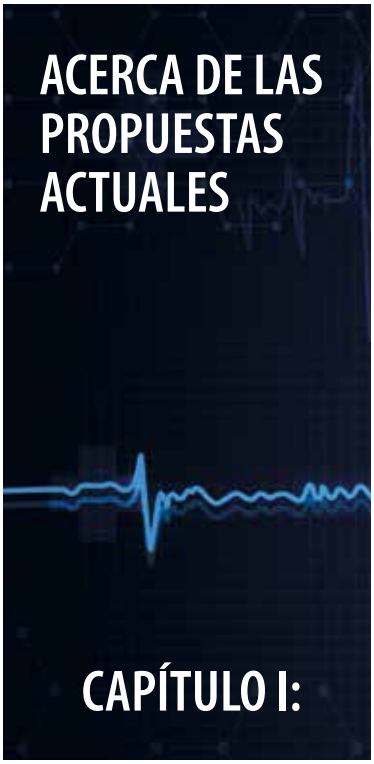
El debate en salud de los últimos 30 años se ha caracterizado justamente por la ausencia de debate en términos de estrategia sanitaria. Probablemente, los propios éxitos del SNS que heredó el MINSAL -frente a los ojos de la opinión pública- llevaron a pensar, equivocadamente, que la "autoridad sanitaria" tenía claro hacia donde se requería llevar la nave de la salud de la nación.

Hoy día intuimos que el MINSAL dejó de ser la "autoridad sanitaria", en el sentido rector, y con la dificultad adicional de intentar ejecutar políticas públicas en dos subsectores que funcionan con lógicas diferentes y dónde uno de ellos no ha contado con incentivos para comprometerse en la implementación de políticas de salud pública. A nuestro juicio, salvo algunas excepciones, el MINSAL ha sido incapaz de posicionar a nivel país una estrategia sanitaria coherente que aglutine al resto de la sociedad en un esfuerzo de largo plazo.

El MINSAL zozobra, cada día, frente a problemas coyunturales de la más diversa índole, tratando de achicar el agua, en un barco que irremediablemente se hunde, justamente por su incapacidad de generar una misión para el sistema de salud chileno.

Es en este contexto que este libro, dividido en dos capítulos, procura realizar un análisis sistemático de las propuestas de Reforma que actualmente forman parte de la discusión pública, utilizando como referencia marcos teóricos que permitirán identificar cuán cerca están de la lógica de un sistema de salud.

El Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello a través de este documento, además, desea contribuir con su propia propuesta, sumándole la configuración de un diagnóstico de salud pública en Chile y la definición de un conjunto de desafíos sanitarios, con el fin de encontrar los fundamentos de una nueva estrategia sanitaria.



1. Antecedentes e Historia Reciente

Los sistemas de salud se definen como el "conjunto de actividades cuyo propósito principal es promover, restaurar y mantener la salud" (WHO, 2000). La relevancia de los sistemas sanitarios para la salud de la población resulta innegable, lo que a su vez conlleva aportes al desarrollo socioeconómico de los países. Por lo tanto, no es de extrañar que la salud tenga una presencia permanente en las agendas nacionales e internacionales y sea fuente de debate público.

El Sistema de Salud de Chile no es ajeno a esta realidad y es así qué se encuentra en un constante proceso de evolución. Un ejemplo de lo anterior queda en evidencia al verificar que durante los últimos cuatro gobiernos (16 años) se ha trabajado en distintas propuestas y procesos de Reforma, con direccionamientos bastante disímiles.

Fue durante el gobierno del presidente, Ricardo Lagos, (2000-2006) que se planteó una gran reforma al sistema de salud chileno. A pesar de los esfuerzos, esta no llegó a tener la trascendencia que sí tuvo la creación del SNS, ni el impacto de la reorganización introducida durante el Régimen militar y que terminó con la creación de la actual institucionalidad (FONASA, ISAPREs, SNSS y Atención Primaria municipalizada). Es decir, se intentó impulsar cambios sobre la matriz institucional heredada y creada para el Chile de comienzos de los ´80 sin alcanzar el éxito esperado.

Sin perjuicio de lo anterior, la Reforma del 2005 (conocida como Reforma AUGE) logró un importante consenso social y político en torno a la problemática de salud vigente: listas de espera en el sector público y desregulación de planes de salud en el sector privado. Además, logró acuerdos en la forma de enfrentar estos problemas. Es a través del plan AUGE que se alcanza el rediseño en la organización del sistema público y se realizan algunos ajustes al sistema privado. Sin embargo, en esencia, el sistema de salud chileno no cambia.

Esta falta de empuje para reorganizar el sistema de salud al nivel de lo que se hizo con la creación del SNS o de los cambios introducidos por el gobierno militar se origina en la dificultas para: (i) Abordar en forma más profunda y clara la relación entre la dualidad de los dos subsistemas de salud –público y privado-; (ii) Definir estrategias claras para enfrentar la inequidad en el acceso al sistema de salud; (iii) Vencer las fuertes resistencias corporativas privadas (ISAPREs) y públicas (gremio médico y sindicatos); y (iv) la falta de una estrategia sanitaria sólida que le diera potencia al nuevo Régimen de Garantías, evitando el riesgo de convertirse en un interminable listado de problemas.

Lo que no puede desconocerse es el importante avance logrado con la introducción del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), al menos como fenómeno social en el ámbito de los derechos de las personas y en el cómo éstas se relacionan con los seguros y la oferta de servicios. El GES tiene dos características que imprimieron una nueva impronta al sistema de salud chileno. La primera es el haber introducido el concepto que las personas tienen derechos explícitos (garantías) en materia de atención para un conjunto de problemas priorizados de salud que son anteriores a la capacidad de atención de la oferta de servicios pública y que los planes de salud privados deben cubrir obligatoriamente; y la segunda, fue el establecer un conjunto de garantías iguales para el sistema público y el sistema privado.

Es así como las garantías explícitas abarcan cuatro dimensiones: acceso (para un conjunto de problemas definidos), financiamiento (co-pagos máximos), oportunidad (tiempos máximos de espera para la atención por problema) y calidad (normas de acreditación que deben cumplir los prestadores del régimen).

Para que el sistema público y privado cumplieran con esta política pública, se reorganizó el MINSAL en dos subsecretarias (Salud Pública y Redes Asistenciales) y se amplió la acción de la antigua Superintendencia de ISAPREs al nuevo régimen, dando origen a la Superintendencia de Salud, siendo ésta la encargada de fiscalizar el cumplimiento de garantías en ambos subsistemas público y privado, ya que las garantías se hicieron obligatorias para ambos. Se traspasaron desde los Servicios de Salud a las Secretarías Regionales Ministeriales las funciones relacionadas con la regulación y la salud pública, reafirmando el carácter de Red de los primeros. A la par, se intentó dar un estatus distinto a los hospitales de mayor complejidad, creando la figura de establecimientos autogestionados en red.

Durante el primer gobierno de la presidenta Michelle Bachelet (2006–2010) se asumió el proceso de implementación de la Reforma AUGE, aunque sin demasiado ímpetu por falta de convicción. Reflejo de la postura presidencial, el nuevo discurso ministerial se basó en una particular interpretación de la Reforma, donde existió una clara apuesta por que fuera el sistema público prestador el que definiera lo que es posible cumplir en materia de garantías en salud (Lenz, 2007). Es decir, el elemento clave de la Reforma AUGE, esto es, que la garantía es anterior a las capacidades de la oferta de servicios pública, se comenzó a relativizar. El poco transparente tratamiento de las listas de espera, la burocratización de la garantía frente a una población desinformada, una marcada reticencia a la autogestión hospitalaria, la desarticulada inyección de recursos frescos para impulsar la Reforma y la constante presión del MINSAL sobre FONASA y la Superintendencia para que no tensionen la oferta pública, terminan imponiendo un ritmo cansino al proceso de cambio, debilitando el naciente derecho de las personas en salud.

En el gobierno del presidente, Sebastián Piñera, (2010-2014) la implementación de la Reforma AUGE no mejora. Ideológicamente el gobierno de derecha impulsa sólo aquellos elementos que le son afines. Por una parte, promueve la compra de prestaciones al sector privado de una manera que deslegitima el instrumento, al privilegiar la atención privada sobre la pública. Se cometió así el mismo error del gobierno anterior, pero al revés, privilegiando los intereses de la oferta de salud privada, a pesar de la ineficiencia y los altos costos de la atención que ésta supone. Nuevamente, las garantías de las personas se pierden como eje de la política pública. Por otro lado, a través de un antojadizo manejo de la información de las listas de espera -que tendrá por efecto de largo plazo minar la credibilidad del MINSAL-, se hace creer a la opinión pública que la principal falencia del sistema ha sido superada, merced de las capacidades de gestión del nuevo gobierno.

Inclusive habiendo tenido la ocasión de hacer un aporte sustantivo al sistema de salud, por la vía de solucionar la discriminación de riesgos en el sistema ISAPRE -que el Tribunal Constitucional puso en la agenda pública al declarar inconstitucional las tablas de riesgo de los planes de salud- el gobierno de derecha desaprovecha la ocasión, presionado por las ISAPREs. En efecto, en diciembre de 2010 y en una posición de mayoría la Comisión Presidencial de expertos propuso un cambio radical: el término del sistema ISAPRE y su reemplazo por un nuevo sistema de multiseguros público-privados, con un plan único garantizado de cobertura universal.

A lo mejor, el aporte más significativo de la administración Piñera en salud -a pesar de los formidables problemas de implementación- haya sido el impulso decidido a la bioequivalencia de medicamentos a través de la Nueva Ley de Medicamentos, lo cual permitió que la población pueda acceder progresivamente a fármacos de calidad comprobada, tema largamente postergado por la Concertación.

Por último, en su segundo período de gobierno, la presidenta Bachelet (2014-2018) trató de hacerse cargo del problema de judicialización del sistema ISAPRE, esta última azuzada por las alzas de precios en los planes de salud. En marzo de 2014, nombró una Comisión Asesora para evaluar y proponer cambios al sistema privado de salud. En octubre del mismo año se entrega la propuesta en medio de la renuncia de representantes de ISAPREs y de los prestadores privados vinculados a éstas, quienes aducen que la postura de minoría no fue considerada y que las propuestas planteadas estaban definidas de antemano debido a la composición de la Comisión. Dicha comisión asesora presidencial planteó un plan único garantizado y un fondo solidario para el sistema ISAPRE, como medida de corto plazo, y la creación de un sistema único de seguros mancomunados en el largo plazo. El gobierno no tomó una posición bien definida respecto de lo propuesto, aunque la Asociación de ISAPREs se allanó posteriormente a la idea de un plan garantizado y un fondo solidario.

Un aspecto interesante del programa de gobierno de Bachelet ha sido la denominada Ley Ricarte Soto, que creó un fondo para medicamentos de alto costo y que se tramitó producto de las movilizaciones ciudadanas efectuadas por los propios enfermos y sus familias. Esta ley que vino a llenar un vacío en materia de políticas públicas en el área de medicamentos y potencialmente a aliviar la alta carga de gasto de bolsillo que aqueja a las familias. Pese al avance, llaman la atención tres aspectos de esta legislación: Primero, a diferencia de lo planteado por la Comisión de Reforma, no se vinculó esta iniciativa con el sistema, sino que se plantea un fondo estatal al margen de los seguros de salud; Segundo, a diferencia de lo que se observa en los países desarrollados, no se generó una nueva institucionalidad para permitir resolver problemas organizativos claves en este ámbito -un proceso de evaluación de las tecnologías sanitarias que cuente con legitimidad, el rol del financiador y la forma de efectuar el proceso de compra de medicamentos, todo esto en un escenario donde prima la protección de patentes y de los precios monopólicos-; Tercero, a diferencia de lo que el AUGE había introducido en el sistema de salud, no existen todavía mecanismos que garanticen un acceso transparente de los pacientes a los tratamientos.
Es así como, nuevamente, el sistema de salud chileno se encuentra en la encrucijada de un necesario proceso de reforma. En este contexto, es lícito reflexionar en torno a cuáles podrían ser nuestras mejores opciones como país.

2. Marco Teórico para la comparación de propuestas

Para poder hacer una comparación de las diversas propuestas es conveniente contar con un marco teórico que permita presentar y contrastar las diferentes opciones.

Se ha optado por el uso de cuatro enfoques conceptuales qué, para efectos de nuestro trabajo, cumplen roles complementarios. Primero, una revisión de los principios de la Seguridad Social. Segundo, el enfoque formulado por la OMS para entender los objetivos y funciones de los sistemas de salud, en conjunción con un marco sobre los tipos de sistemas de salud existentes. Tercero, la revisión de los desafíos más importante que deberán enfrentar los sistemas de salud. Cuarto, una mirada sobre la implementación de los cambios de reforma propuestos.

2.1. Marco Teórico de la Seguridad Social

De acuerdo a la definición de la Oficina Internacional del Trabajo, OIT, la seguridad social es "la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de no ser así ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos" (OIT, 2001).

Según el Convenio 102 de la OIT (1952) la seguridad social debería contemplar las siguientes nueve prestaciones: Asistencia médica, prestaciones monetarias de enfermedad; prestaciones de desempleo; prestaciones de vejez; prestaciones de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; prestaciones familiares; prestaciones de maternidad; prestaciones de invalidez y prestaciones de sobrevivientes. Específicamente el Convenio 102 establece que las prestaciones en el área de la asistencia médica y de las prestaciones monetarias de enfermedad, son las siguientes (OIT, 1952):

- Asistencia médica en el caso de enfermedad, comprende en el caso de ser necesarias: asistencia médica general (incluye las visitas a domicilio), asistencia de especialistas (hospitalarias y no hospitalaria), suministro de productos farmacéuticos recetados por el médico y hospitalización.

- Asistencia médica en el caso de embarazo, parto y sus consecuencias, comprende: asistencia prenatal, asistencia durante el parto, asistencia puerperal y hospitalización.

- Prestaciones monetarias en el caso de enfermedad consisten en pagos periódicos.

En opinión de la OIT, no existe una forma única de organización institucional para el otorgamiento de la seguridad social. Por el contrario, los distintos países han generado formas institucionales propias para estos efectos. Sin embargo, cualquiera sea la institucionalidad de seguridad social que los países adopten, esta se debería ceñir a principios básicos doctrinarios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, participación e igualdad.

Cuadro 1: Principios de la Seguridad Social (OIT, 2008)

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES	
Solidaridad	El principio de solidaridad se define en cuanto cada cual aporta al sistema de seguridad social según su capacidad contributiva y recibe prestaciones, de acuerdo, a sus necesidades. **Objetivo esencial de la seguridad social:** la redistribución de la riqueza con justicia social. • **Solidaridad intergeneracional u horizontal:** del sano al enfermo, del joven al anciano. • **Solidaridad intergeneracional o vertical:** del que tiene más al que tiene menos ingresos, incluso solidaridad geográfica entre regiones con más recursos y otras más pobres.
Universalidad	• **Objetiva**: la seguridad social debe cubrir todas las contingencias (riesgos) a las que está expuesto el hombre que vive en sociedad. • **Subjetiva:** todas las personas deben estar amparadas por la seguridad social, principio que deriva de su naturaleza de Derecho Humano Fundamental, es el principal debate alrededor de la falta de cobertura frente a algunas contingencias sufridas por los ciudadanos.
Participación	• **De la sociedad en su conjunto:** debe involucrarse en la administración y dirección de la seguridad social a través de sus organizaciones representativas, y también de su financiamiento. El Convenio 102 de OIT (1952) habla de la participación de los representantes de los trabajadores y posiblemente de los empleadores. • **Representación de las opiniones**: Participación en un sentido amplio implica que deben poder hacer sentir su opinión todos quienes de una forma u otra están alcanzados por la seguridad social (participaciones informativas, consultivas, asesoras, directivas).
Igualdad	• **Igualdad ante las contingencias:** todas las personas deben ser amparadas igualitariamente ante una misma contingencia, independientemente de las desigualdades sociales y económicas. • **Igualdad de trato:** todo ser humano como tal tiene el derecho a la Seguridad Social prohibiéndose toda clase de discriminación en cuanto a raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Fuente: Elaboración Propia.

Este enfoque es interesante ya que provee de un marco más general en el cual se inscriben los sistemas de salud. Es decir, desde esta perspectiva, los sistemas de salud son un subconjunto de los sistemas de seguridad social.

2.2. Marco Teórico Organización Mundial de Salud OMS 2000 (WHO, 2000)

En su reporte anual del año 2000 la Organización Mundial de la Salud OMS (WHO, 2000), sintetiza los avances en los procesos de reforma de la década de los `90 en un marco conceptual que sirve de base para la evaluación de los sistemas de salud, distinguiendo entre objetivos del sistema y los instrumentos o funciones que son necesarias desarrollar para cumplir con los objetivos.

2.2.1 Objetivos de un Sistema de Salud

La Organización Mundial de la Salud OMS identifica tres objetivos principales que debe tener cualquier sistema de salud. En primer lugar, la **salud** de la población que consiste en que el estatus de salud de la población sea el mejor posible a lo largo del ciclo de vida de la persona.

El segundo objetivo, es la **capacidad de respuesta a las necesidades** no médicas de las personas, que consiste en cómo el sistema de salud cumple con las expectativas relacionadas con los aspectos no médicos.

Y el tercer objetivo es generar un **financiamiento justo** lo que implica que los riesgos enfrentados por las familias, derivados los costos del sistema de salud, se distribuyan de acuerdo con la capacidad de pago y no al riesgo de enfermedad. En otras palabras, "que el financiamiento siga a la necesidad y no a la capacidad de pago".

2.2.2 Funciones de un Sistema de Salud

Para poder cumplir con estos objetivos la OMS plantea que los sistemas de salud deben ejercer las siguientes funciones:

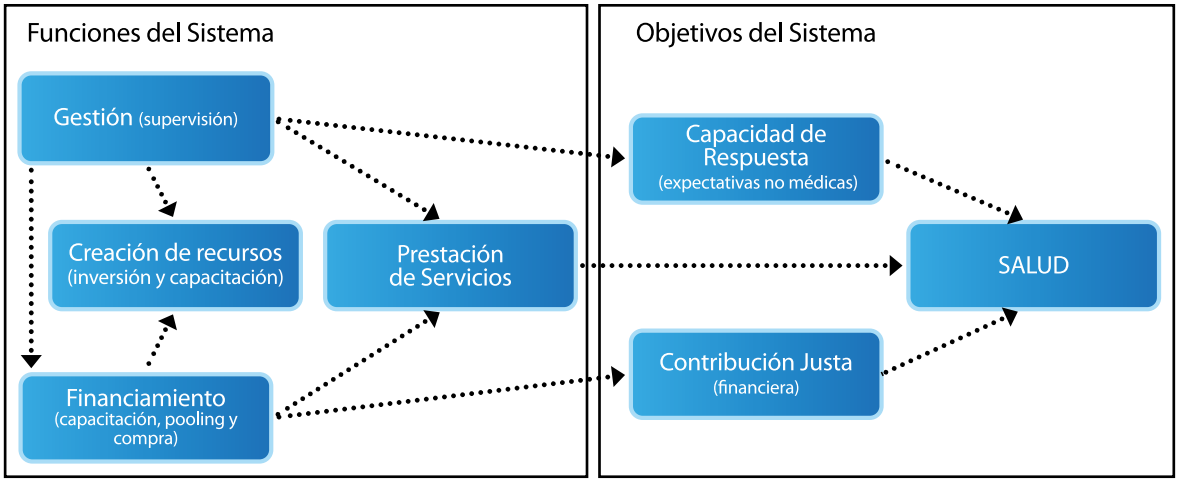
Primero la **Gestión** de la salud y los recursos destinados a la salud, que considera la supervisión de todas las actividades del sistema de salud, mejor conocida en la actualidad como Rectoría.

Segundo la **Creación de Recursos,** que consiste en cómo se generan los recursos físicos y humanos para la provisión de servicios.

Tercero el **Financiamiento**, que consiste en la forma a través de la cual se obtienen los recursos financieros y se ponen a disposición del sistema de salud.

Cuarto la **Provisión de Servicios de salud**, que considera el cómo se entregan los servicios de salud, tanto institucionales como personales.

Cuadro 2: Relación entre funciones y objetivos de un sistema de salud



Fuente:(WHO, 2000).

Según Wendt, C y cols. (2009), el principal objetivo de un sistema de salud es la entrega de atenciones de salud (Wendt, Frisina, & Rothgang, 2009). Por lo anterior, el sistema de salud está compuesto por tres procesos fundamentales: provisión de servicios, financiamiento y regulación. La sociedad debe elegir los mecanismos y actores que se harán cargo de cada proceso. Estos mecanismos pueden ir desde la intervención estatal (con una clara relación de dominancia y subordinación), pasando por tipos de negociaciones de colectividades, hasta llegar al sistema de libre mercado.

2.2.3 Procesos Fundamentales

- La dimensión de regulación considera la relación entre las agencias financiadoras, las proveedoras y los beneficiarios. La pregunta clave es quién está al mando de estas relaciones (el Estado, la Sociedad o el Mercado).

- La dimensión de financiamiento, en un extremo considera la recaudación fiscal como financiamiento estatal, hasta cotizaciones a aseguradoras privadas y gasto de bolsillo como financiamiento privado.
- La dimensión de prestación, que la mayor parte de las veces considera sólo público y privada, pero se enriquece con la incorporación de proveedores sin fines de lucro.

Böhm, K y cols. (2013) redujeron las 27 categorías hipotéticas de Wendt, C y cols. (2009) a sólo cinco aplicables a la realidad de los países de la OCDE (ver Cuadro 3): Servicio Nacional de Salud; Seguro de Salud Nacional, Seguro de Salud Social, Sistema de Salud Privado y Seguro de Salud Social Estatista (Böhm, Schmid, Götze, Landwehr, & Rothgang, 2013; Wendt et al., 2009).

Cuadro 3: Categorías de Wendt, C y cols. (2009) aplicables a los países de la OCDE

	Tipo	Regulación	Financiamiento	Provisión	Ejenplos
1	Servicio Nacional de Salud	Estado	Estado	Estado	Dinamarca, Finlandia, Islandia, Islandia, Noruega, Suecia, Portugal, España y Reino Unido.
2	Seguro de Salud Nacional	Estado	Estado	Privado	Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda e Italia.
3	Seguro de Salud Social	Societario	Societario	Privado	Austria, Alemania, Luxemburgo y Suiza.
4	Seguro de Salud Privado	Privado	Privado	Privado	USA
5	Sistema de Salud Social Estatista	Privado	Societario	Privado	Bélgica, Estonia, Francia, República Checa, Hungría, Holanda, Polonia, Eslovaquia, Israel, Japón y Corea

Fuente: (Böhm et al., 2013; Wendt et al., 2009).

2.2.4 Marco Teórico Aplicado al Caso de Chile

A continuación, presentaremos el sistema de salud que hoy día impera en Chile, en términos de las funciones del marco teórico planteado por la OMS.

Cuadro 4: Situación Actual del Sistema de Salud Chileno, según función OMS

SITUACIÓN ACTUAL	
RECTORÍA (GESTIÓN DE LA SUPERVISIÓN)	• Ministerio de Salud: elabora y dirige las políticas nacionales de salud; define objetivos nacionales de salud; fortalece y desarrolla su acción en el espacio intersectorial, promueve y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; define normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalece el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; define el plan de salud y establece sus garantías. • Subsecretaria de redes: a cargo de las materias normativas relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud. • Subsecretaria de Salud Pública: se encarga de la Promoción de la Salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades, es decir la implementación de políticas sanitarias, alimenticias o de vacunación, entre otras. • Superintendencia de Salud: regula y fiscaliza a los seguros y prestadores de salud pública y privado, resguarda los derechos de las personas, promueve la calidad y seguridad en las atenciones de salud • Instituto de Salud Pública: evalúa la de calidad de los laboratorios, hace vigilancia de enfermedades, control y fiscalización de medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, salud ambiental, salud ocupacional, producción y control de calidad de vacunas, entre otros. • Secretarias Regionales Ministeriales de Salud: vela por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad, adecuando los planes y programas a la realidad de la respectiva región, entre otros.
CREACIÓN DE RECURSOS	• Infraestructura Pública: Ministerio de Salud con recursos fiscales, en forma directa o a través de concesiones. • RRHH Públicos: personal de planta y contrata, asalariados. Las universidades públicas y privadas forman en pregrado los profesionales de salud, aunque los especialistas y particularmente médicos, son principalmente formados por las universidades estatales y privadas tradicionales. • Infraestructura Privada: recursos de inversionistas privados. • RRHH Privados: contratos asalariados y pago por prestación. • Industria farmacéutica, de dispositivos y equipamiento médico e informática en salud, crean nuevas tecnologías.
FINANCIAMIENTO	• Fonasa se financia a partir de recursos fiscales, cotizaciones obligatorias y copagos. • Prestadores públicos se financian con transferencias de FONASA (PPV y PPI) y aporte fiscal de las Subsecretarías de Salud. • APS Municipal se financia con pago del per cápita y pago por programas especiales. • ISAPREs se financian a través de cotizaciones obligatorias, cotizaciones adicionales y copagos. • Prestadores privados se financian principalmente con pago por atención y gasto de bolsillo. Cerca del 50% del gasto de bolsillo en salud es para la compra de medicamentos.
PROVISIÓN DE SERVICIOS	• Servicios de Salud: se concentran en la entrega de atención médica, son responsables de articular las redes de atención públicas y público-privadas. • Hospitalarios del Fonasa: principalmente hospitales públicos y algunas clínicas privadas con convenio para prestaciones empaquetadas. • Ambulatorias del Fonasa: APS para los de menores ingresos y MLE para aquellos de mayores ingresos. • Hospitalarios de Isapre: principalmente prestadores privados y algunos prestadores públicos en convenio. • Ambulatorio de ISAPREs: prestadores privados, principalmente con pago por prestación.

Fuente: Elaboración Propia.

Por su parte, en términos de la tipología de Wendt, C y cols. (2009), en Chile coexisten dos subsistemas, claramente diferenciados y que tienen pocas semejanzas entre sí: Público y Privado (Wendt et al., 2009).

Por un lado, habita el subsistema público en su conjunto que comprende regulación estatal, financiamiento societario y provisión mixta, aunque predominantemente estatal, esto es un "Sistema de Seguro Social Estatista".

Es necesario hacer presente que en el sistema público convive un Sistema de Seguro Social, como es FONASA -continuador de la tradición Bismarckiana de seguridad social iniciada con el Seguro Obrero Obligatorio- y un Servicio Nacional de Salud, el SNSS, iniciada con el SNS. Lo anterior, genera una tensión constante al interior del sistema público.

Por el otro, está el subsistema privado que se puede clasificar dentro del tipo "Seguro de Salud Privado" donde todas las dimensiones son organizadas preferentemente por los privados, a través de su interacción en el mercado.

Cuadro 5: Sistema de Salud de Chile por tipología de Wendt, C y cols. (2009)

	Tipo	Regulación	Financiamiento	Provisión
SNSS/ Modalidad Atención Institucional FONASA	Servicio de Salud	Estado	Estado	Estado
Modalidad de Libre Elección FONASA	Seguro de Salud Social Estatista	Estado	Societario	Mixta
ISAPRE	Sistema de Salud Privado	Privada (con poca regulación Estatal)	Privado	Privada

Fuente: Elaboración Propia.

2.3. Retos que deberán enfrentar los Sistemas de Salud Modernos

Los sistemas de salud se encuentran enfrentados a cuatro tendencias o desafíos sociales (Smith & Walshe, 2011):

- **Cambio demográfico y epidemiológico:** Debido a que las personas están viviendo más años, ha aumentado la proporción de personas de edad avanzada, las que hacen un uso intensivo del sistema de salud, siendo más costoso atenderlas y tienen mayor probabilidad de adquirir enfermedades crónicas.

- **Innovación tecnológica:** Se refleja en una mejora en la capacidad de curar y manejar las enfermedades y con ello alargar la vida. Algunas veces, estos nuevos tratamientos son más efectivos, pero también más caros que los actuales, por lo que no es posible determinar su costo-efectividad a priori, sino es a través de un proceso de evaluación. La innovación tecnológica también se manifiesta en terapias y tratamientos para problemas que antes no se podían tratar, así, problemas antes fatales se transforman en condiciones tratables.

- **Cambio en las expectativas de los pacientes (usuarios):** Las personas exigen más de sus sistemas de salud, ellos dejan de ser receptores pasivos de las atenciones de salud. Por el contrario, esperan ser consultados, informados e involucrados, respecto de cualquier decisión tomada por sus proveedores de salud.

- **Aumento en los costos en salud:** Las tres tendencias anteriores son grandes responsables de las crecientes necesidades de financiamiento del sector salud. Muy a pesar de que los países han aumentado sus gastos en salud, los recursos nunca parecen ser suficientes.

Las tendencias planteadas con anterioridad son compartidas por otros autores. La tabla a continuación presenta un resumen de algunas de estas visiones.

Cuadro 6: Revisión bibliográfica de retos para los sistemas de salud modernos

	Demografía y Enf. Crónicas	Progreso Tecnológico	Expectativas y Satisfacción	Costos / Productividad	Estilos de Vida	Equidad y Acceso
(Deloitte, 2014)	✓	✓	✓	✓		✓
(Benavides, Castro, & Jones, 2013)	✓	✓				
(Blendon & Desroches, 2003)	✓	✓		✓	✓	✓
(Pearson, 2013)	✓	✓		✓	✓	
(Smith & Walshe, 2011)	✓	✓	✓	✓		
(The Economist Intelligence Unit, 2011)	✓	✓	✓	✓		
(Rauch-Kallat, 2006)	✓	✓			✓	
(Hurst, 2000)	✓	✓				✓

Fuente: Elaboración Propia.

2.4. Implementación de Cambios y el Problema de la Transición

Cualquier propuesta de reforma debe hacerse cargo del diseño de un proceso de transición: desde un escenario de fragmentación del sistema hacia la integración del mismo, donde la fragmentación se verificaría en la existencia de una o más de las siguientes características (Baeza, 2014):

- Múltiples fuentes de recaudación de recursos (Coexistencia de ingresos por impuestos generales y cotizaciones (impuesto al salario, prima en base a riesgo individual o colectivo, pago del bolsillo, otros).
- Múltiples modelos de aseguramiento o pooling (Coexistencia de uno o más seguros sociales, uno o más seguros privados regulados o no regulados, ministerios de salud con gestión directa y financiamiento fiscal de prestadores públicos, otros).
- Múltiples paquetes de beneficios (Cada asegurador con su paquete de beneficios propio, incluyendo su marco legal regulatorio).
- Múltiples formas de pago a prestadores (Distintos mecanismos de pago a prestadores: presupuesto histórico; pago por inputs; pago por prestación prestada o fee-for-service; grupos relacionados diagnósticos o GRDs y mezclas).
- Múltiples bases de costeo y de precios (Ausencia de metodologías de costeo de prestaciones o primas, cuando las hay, incompatibilidad entre ellas. Ausencia de precios de transferencia y/o metodologías incompatibles.

Se ha elaborado un marco teórico sobre los principales desafíos técnicos transicionales de la implementación de reformas al sistema de salud, en el contexto de sistemas de salud segmentados y con falta de integración (Sánchez & Inostroza, 2011) el cual se presenta a continuación.

2.5. Los Principales Desafíos Técnicos de la Transición

Para efectos de otorgar viabilidad técnica, financiera y política de una reforma, resulta de suma importancia que la propuesta en cuestión se haga cargo de los siguientes desafíos.

- Mantener los equilibrios fiscales, asegurando el financiamiento del sistema público prestador.
- Evitar migraciones aceleradas de población que desestabilicen los Seguros de Salud público y/o privados.
- Transformar los prestadores públicos de servicios de salud, en entidades modernas con modelos de organización y gestión que permitan cumplir los objetivos exigidos.
- Implementar en forma articulada las reformas al financiamiento y prestación de servicios de salud, generando un círculo virtuoso de transformaciones.
- Fomentar desarrollo tecnológico de sistemas de información y registro clínico para articular el sistema de salud (referencia y contra-referencia, redes asistenciales, fondos de compensación, etc.).
- Entregar estabilidad jurídica al sistema privado de salud, con el objetivo de resolver la relación entre asegurador y asegurado, controlando así la judicialización de los conflictos.
- Definir al menos tres etapas de transición e instancias de evaluación (renovación y fortalecimiento; homologación e integración, consolidación y diseño final del sistema de salud).

3. Análisis de las Propuestas respecto de un Sistema de Salud para Chile

Hoy en día, la sociedad se ve enfrentada a la necesidad de una nueva reforma al sistema de salud chileno a poco más de doce años de la Reforma AUGE. En la discusión actual, al parecer no existe un consenso en el diseño de sistema de salud que el país necesita. Muy por el contrario, existe un extenso abanico de posturas que han sido planteadas por los más diversos actores.

Las posturas analizadas son una muestra amplia de los planteamientos, sin embargo, podría suceder que existan posturas que no se vean reflejadas en este estudio. La omisión de ellas se debe a que, al momento de la realización de este estudio, no se dispuso de documentación de esas propuestas para fundamentar el análisis.

Los contenidos de las posturas aquí analizadas se extrajeron de un conjunto de documentos y propuestas públicas de distintos grupos de pensamiento, que en mayor o menor medida proponen una visión sobre el "deber ser" del sistema de salud chileno. Cabe destacar que en este documento se presenta un resumen de las propuestas planteadas en los textos originales (Anexo: Propuestas).

Cuadro 7: Propuestas y/o Posturas Revisadas

PROPUESTA	REFERENCIA	DIMINUTIVO
Propuesta Comisión Asesora Presidencial de Salud, Gobierno de la presidente, Michelle Bachelet.	(Cid et al., 2014)	Comisión Presidencial 2014
Propuesta Asociación de ISAPREs	(Asociación de ISAPRES de Chile, 2014)	Asociación de ISAPREs 2014
Propuesta de Paraje, Willinton, Butrón	(Paraje, Willinton, Bitrán, & Duarte, 2014)	Paraje 2014
Propuesta de la Comisión "Mejor Salud: Más Protección, Menos Desigualdad"	(Castillo et al., 2013)	Mejor Salud 2013
Propuesta Pontificia Universidad Católica	(Cid, Torche, Herrera, Bastías, & Barrios, 2013)	PUC 2013
Propuesta Colegio Médico	(Colegio Médico de Chile A.G., 2013)	COLMED 2013
Propuesta Grupo República	(Grupo Republica Chile, 2013)	Res Pública 2013
Propuesta Iniciativa Ciudadana Salud Justa	(Iniciativa Ciudadana Salud Justa, 2013)	Salud Justa 2013
Propuesta FENPRUSS	(FENPRUSS, 2013)	FENPRUSS 2013
Propuesta de Mayoría de la Comisión Nacional de Salud del Gobierno del presidente, Sebastián Piñera.	(Comisión Presidencial de Salud, 2010)	Comisión Presidencial 2010

Fuente: Elaboración Propia.

3.1. Análisis en torno de los Principios de la Seguridad Social

A continuación, se presenta un resumen de las posturas y su correspondencia con el marco de principios de la Seguridad Social.

Cuadro 8: Resumen de posturas, en términos del Marco Teórico de la Seguridad Social

	SOLIDARIDAD	UNIVERSALIDAD	PARTICIPACIÓN	IGUALDAD
COMISIÓN PRESIDENCIAL 2014	✓	✓		✓
ASOC. ISAPRES 2014	✓			
PARAJE 2014	✓			✓
MEJOR SALUD 2013	✓			
PUC 2013	✓			✓
COLMED 2013				
RES PÚBLICA 2013	✓			
SALUD JUSTA 2013	✓			
FENPRUSS 2013				
COMISIÓN PRESIDENCIAL 2010	✓	✓		✓

Fuente: Elaboración Propia.

Cabe destacar, que un cuadrante vacío, en lo sucesivo, sólo implica que a partir del o los documentos analizados no se pudo identificar la existencia de algún acápite que abordara en forma particular el tema. Lo anterior, no implica que, en la mirada de los autores originales, no existiera tal visión.

Al contrastar las propuestas a la luz de los principios de la seguridad social, se obtienen las siguientes conclusiones:

- La mayor parte de las propuestas analizadas acogen algunos de los principios de la seguridad social.
- La mayor parte contiene propuestas en el ámbito del principio de la solidaridad.
- El principio menos invocado es el de participación.
- No existe propuesta que considere los cuatro principios de la seguridad social.
- La propuesta más completa sería la de la Propuesta de Mayoría de la Comisión Nacional de Salud convocada por el ex presidente Piñera. No obstante, adolece de contenidos en términos de la Participación Social.

3.2. Análisis en torno de las Funciones de los Sistemas de Salud

Se procedió a examinar si las propuestas consideraban desarrollos en cada una de las funciones de los sistemas de salud, resultados que se resumen en el Cuadro 9.

Cuadro 9: Resumen de posturas, en términos del Marco Teórico de funciones de los Sistemas de Salud

	GESTIÓN (Regulación)		CREAC. RECURSOS	FINANCIAMIENTO		PROVISIÓN	
	PÚBLICA	PRIVADA		PÚBLICA	PRIVADA	PÚBLICA	PRIVADA
COMISIÓN PRESIDENCIAL 2014	✓✓	✓✓		✓✓	✓✓		
ASOC. ISAPRES 2014	✓			✓			
PARAJE 2014	✓✓			✓✓	✓✓		
MEJOR SALUD 2013	✓✓		✓✓	✓✓	✓	✓✓	
PUC 2013				✓✓	✓✓		
COLMED 2013	✓✓		✓	✓		✓	
RES PÚBLICA 2013	✓✓			✓✓	✓	✓	
SALUD JUSTA 2013	✓		✓	✓	✓	✓	
FENPRUSS 2013	✓✓		✓	✓	✓	✓✓	
COMISIÓN PRESIDENCIAL 2010	✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓	

(✓) para aquellas que presentan una sola propuesta relacionada al tema.
(✓✓) para aquellas que presentan dos o más propuestas en relación con el tema.

Fuente: Elaboración Propia.

Al contrastar las propuestas a la luz de las funciones de los sistemas de salud es posible concluir:

- La mayor parte de las propuestas analizadas son de carácter parcial. Es decir, que abarcan -con mayor o menor profundidad- una o pocas de las funciones del sistema de salud.
- En general, las propuestas se concentran en el financiamiento público y en la regulación pública.
- Existen pocas propuestas en materia de regulación y provisión privada, y en materia de generación de recursos.
- Entre las distintas propuestas podemos encontrar características comunes, que es reflejo de una misma lectura sobre la problemática que enfrenta el sistema de salud. Es así como se repiten:
  - ✓ La creación de un plan básico de mayor cobertura que el actual.
  - ✓ La necesidad de un sistema de compensación de riesgos se plantea en varias propuestas.
  - ✓ Creación de planes y programas en salud pública.
  - ✓ La necesidad de algún sistema de supervisión de la formación de especialistas.
  - ✓ La necesidad de mayor o mejor financiamiento en el ámbito ambulatorio y hospitalario.

3.3. Análisis en torno de los Desafíos de los Sistemas de Salud Modernos

Se procedió a analizar si las propuestas consideraban cada uno de los principales desafíos de los sistemas de salud, comparación que se resume en el Cuadro 10.

Cuadro 10: Resumen de posturas, en términos del Marco Teórico de los Desafíos de los Sistemas de Salud Modernos

	Demografía y Enf. Crónicas	Progreso Tecnológico	Expectativas y Satisfacción	Costos / Productividad	Estilos de Vida	Equidad y Acceso
Comisión 2014						✓
Asoc. ISAPREs 2014						
Paraje 2014						✓
PUC 2013						✓
COLMED 2013	✓				✓	
Res Pública 2013	✓			✓		
Salud Justa 2013						
FENPRUSS 2013	✓					
Comisión 2010	✓		✓	✓	✓	✓

Fuente: Elaboración Propia.

Al comparar las propuestas, a la luz de las Funciones de los Sistemas de Salud, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Las propuestas son parciales, en el sentido de que en general, no se hacen cargo de los desafíos futuros de los sistemas de salud.
- Las temáticas más recurridas fueron los desafíos impuestos por la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, la equidad y el acceso.
- Los costos crecientes de la salud y el abordaje de los estilos de vida son bastante menos gravitantes en las propuestas.
- Sólo una propuesta aborda desafíos en materia de expectativas y satisfacción de la población.
- Por último, ninguna de las propuestas considera el impacto del progreso tecnológico que, según varios autores, es uno de los principales motivadores del aumento en los costos en salud.

3.4. Análisis en torno de los Desafíos de la Transición

Se analizó la medida en que cada propuesta abordaba los desafíos propios de la transición, desde la situación actual del sistema de salud hacia la situación propuesta, resultados que se presentan en el Cuadro 11.

Cuadro 11: Resumen de posturas, en términos del Marco Teórico "Desafíos Transicionales"

	Equilibrios fiscales	Evitar migraciones abruptas	Transformación de prestadores públicos	Reformas al financiamiento	Desarrollo tecnológico de sistema de información	Estabilidad jurídica seguro-asegurado	Definición de etapas transicionales
Comisión 2014				✓			
Asoc. ISAPREs 2014							
Paraje 2014				✓			
Mejor Salud 2013				✓			
PUC 2013				✓			
COLMED 2013				✓			
Res Pública 2014							
Salud Justa 2013				✓			
FENPRUSS 2013					✓		
Comisión 2010			✓	✓			

Fuente: Elaboración Propia.

Al revisar las propuestas a la luz de los desafíos de la transición, se concluye:

- Todas las propuestas son parciales, en el sentido que no se hacen cargo del conjunto de los desafíos transicionales.
- La temática, lejos, más recurrida en términos de transición es la reforma al financiamiento.
- Sólo dos propuestas abordan la transformación de los prestadores públicos.
- Sólo una propuesta menciona el desarrollo de sistemas de información.
- En ninguna de las propuestas existe alusión a los equilibrios fiscales, migraciones abruptas de asegurados entre sistemas, estabilidad jurídica y la definición de etapas de transición.

W

3.5. Comentarios sobre las propuestas

Del análisis de las propuestas de Reforma es posible realizar las siguientes afirmaciones.

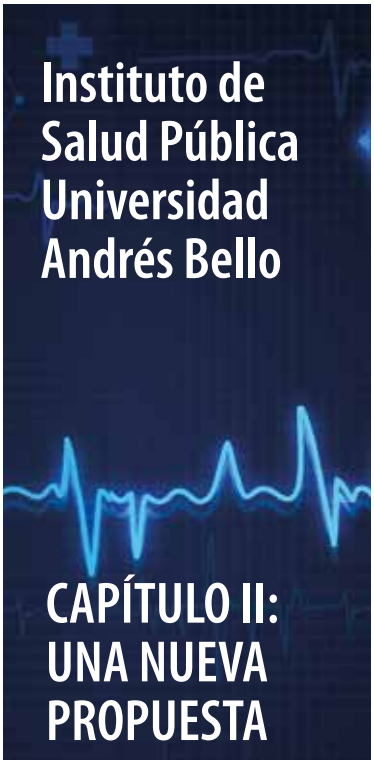
Primero, existe un amplio abanico de propuestas que abarcan las distintas corrientes socio políticas que cruzan a la sociedad chilena, desde visiones estatistas hasta aquellas liberales, pasando por esquemas de seguridad social.

Segunda, todas las propuestas son parciales, en el sentido de que no abordan todos los elementos necesarios para darle comprensión y coherencia a la propuesta, independientemente de la visión política o modelo que se impulse.

Tercero, ninguna propuesta está elaborada como una respuesta a los desafíos que enfrenta el sistema de salud chileno, sino más bien obedecen a visiones ideológicas que enfatizan determinados aspectos que les son afines.

Cuarto, en general, las propuestas no se hacen cargo del problema de la transición, desde el estado actual, al estado deseado, por lo cuaWWI se hacen políticamente inviables.

Por último, cualquiera sea la Reforma que en definitiva se plantee, no puede implicar "borrón y cuenta nueva" sobre los avances alcanzados en materia de seguridad social. Lo anterior, debido a que el sistema de salud chileno ha sido un modelo exitoso que -sin lugar a duda- constituye un aporte sustancial para gran parte de la población. No obstante, el sistema de salud es perfectible y los desafíos que enfrenta están constantemente cambiando en el tiempo, lo que hace necesario reformas que le permitan adaptarse, para mantenerse a la altura de los desafíos que deberá enfrentar.



1. Introducción

El objetivo de este capítulo es presentar la propuesta elaborada por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello (ISPAB). Ésta es el resultado de la amplia experiencia de ISPAB en el análisis de la salud pública y gestión en salud; así como del diagnóstico de la problemática actual del sistema, de un diagnóstico sanitario de los desafíos existentes y del estudio crítico de las propuestas existentes entre los años 2010 y 2014.

Este capítulo ha sido organizado en tres partes: en primer lugar, se presenta un breve resumen de las condiciones que debería cumplir una propuesta integral a la luz de los marcos teóricos seleccionados y que fueron ampliamente presentados en el segundo punto del capítulo I; seguidamente, se presentan los desafíos sanitarios que enfrenta el país y, en tercer lugar, se exponen las propuestas de cambio estructural que visualiza ISPAB requiere nuestro sistema de salud. Finalmente, se escanean las propuestas ISPAB a la luz de los marcos teóricos presentados con anterioridad y, por último, se presenta un conjunto de comentarios finales.

2. Condiciones que debería cumplir una propuesta integral

Sea cual sea la propuesta de reforma que se presente, esta debería encaminar a un sistema de salud que cumpla con los Principios de la Seguridad Social (OIT, 1952). Un resumen de estos principios se presentó en el primer capítulo, sin embargo, los grandes principios son: Solidaridad, Universalidad, Participación e Igualdad.

A su vez, la propuesta debería traducirse en reformar el conjunto de funciones identificadas en el marco teórico de la OMS (WHO, 2000). Un resumen de estas funciones se presenta en el primer capítulo, recapitulando los grandes títulos son: Rectoría, Creación de Recursos, Financiamiento y Provisión de Servicios.

Por otra parte, la propuesta debe ser capaz de enfrentar los retos que afrontan los sistemas de salud modernos (Smith & Walshe, 2011). Un resumen de estos principios se presenta en el primer capítulo, siendo los principales postulados a considerar: Cambio demográfico y epidemiológico, Innovación tecnológica, Cambio en las expectativas de los pacientes y Aumento en los costos de salud.

Por último, la propuesta debe tener la capacidad de ser implementada y para eso debe ser capaz de sortear los desafíos técnicos de la transición, planteados por el Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello (Sánchez & Inostroza, 2011). Estos desafíos son:

- Mantener los equilibrios fiscales y asegurar el financiamiento del sistema público prestador
- Evitar migraciones aceleradas de población
- Transformar los prestadores públicos en entidades modernas y eficientes
- Implementar en forma articulada las reformas al financiamiento
- Fomentar desarrollo tecnológico de sistemas de información
- Entregar estabilidad jurídica al sistema privado de salud
- Definición de etapas de transición

3. Diagnóstico y Desafíos de Salud Pública

Tal como se mencionó en las conclusiones del capítulo anterior, en general los distintos grupos de pensamiento comparten un diagnóstico similar en términos de las problemáticas actuales del sistema de salud de Chile, por lo que no resulta necesario profundizar en este tema. Sin embargo, a nuestro juicio en este diagnóstico falta una visión de salud pública.

En consecuencia, este diagnóstico pondrá su acento en las fortalezas y en los desafíos que enfrenta la Salud Pública chilena.

3.1. Diagnóstico y Desafíos Sanitarios del Sistema de Salud Chileno

Desde el punto de vista de la estrategia de desarrollo del país, uno de los imperativos de la sociedad chilena, con el propósito de mejorar el bienestar de su población, es aumentar la calidad de vida y la productividad del trabajo. Esta es una de las fuentes de crecimiento económico y permite a quienes trabajan beneficiarse, a través de salarios más altos, fruto del crecimiento. Mayores niveles de ingresos implican que los trabajadores y sus familias pueden acceder a una gama de bienes y servicios más amplia, tales como alimentación, educación, vivienda y atención de salud.

Una buena salud de la población no sólo contribuye a un mejor desempeño económico de los trabajadores, sino sirve de base para objetivos tanto o más relevantes como son: la realización personal, el hacerse cargo del cuidado de la familia, participar activamente a nivel comunitario e integrarse como ciudadano de una sociedad democrática.

El sistema de salud, componente fundamental del bienestar social, no debe concebirse como un compartimiento estanco de la sociedad, sino como parte integral de la estrategia de desarrollo del país y en este contexto, de la estrategia económica. Se requiere que tanto los sectores productivos y sociales, incorporen la visión de salud en sus planes y acciones, como que el sistema de salud se enlace más activamente con el quehacer económico y social del país.

En este sentido, el sistema de salud debe y puede contribuir a mejorar, entre otros, la educación y productividad de estudiantes, trabajadores, por la vía de mejorar el acceso a la atención de salud, de manera que la población minimice las pérdidas por ausentismo –ausentarse de la escuela o del trabajo por enfermedad- y presentismo – estudiar o trabajar estando enfermo-. Además, los sistemas de salud deben contribuir promoviendo hábitos de vida saludables en la población.

Si bien Chile ha realizado logros importantes en el área de la salud respecto de otros países de Latinoamérica, cuando se compara con los países de la OECD, existen importantes brechas. Entre ellas las hay en expectativa de vida, tabaquismo, sobrepeso y obesidad de adultos y niños, Chile se encuentra en el tercio inferior en términos de desempeño, y en varios casos en el quintil inferior.

Otro tanto sucede con la calidad de la atención. Chile está entre los países con peores indicadores en sobrevida por cáncer cervical y de mama, en la letalidad en casos ingresados a atención por infarto agudo al miocardio y por los egresos por diabetes. En materia de disponibilidad de recursos para la atención de salud, también Chile pertenece al grupo de países con peor disponibilidad de recursos en médicos, enfermeras, camas, imágenes y gasto per cápita.

El crecimiento de las condiciones crónicas, tales como la hipertensión, diabetes, depresión, patología musculoesquelética, etc., genera muertes prematuras, menor calidad de vida y disminuye la empleabilidad de la población con estas dolencias (OECD, 2016). Es una de las principales razones que explican la pérdida de productividad de la fuerza de trabajo. Además, genera una importante presión de gasto en los sistemas de salud. Las condiciones crónicas son, además, la principal causa de discapacidad. El acceso de la población con discapacidad a la atención de rehabilitación es bajo en Chile, lo cual genera serias barreras de reinserción social, particularmente en el ámbito laboral y escolar.

Las condiciones crónicas están íntimamente ligadas a los estilos de vida y comportamientos que inciden de manera decisiva en el estado de la salud de la población, en particular, el tabaquismo, la ingesta de alcohol, el sedentarismo, la inadecuada nutrición y el sobrepeso y la obesidad entre adultos y niños. Muchos de estos factores pueden ser modificados a través de acciones de salud pública y políticas preventivas.

Paralelamente, la transición demográfica acelerada que vive el país está duplicando el número de adultos mayores. Particularmente, el segmento de más rápido crecimiento es el de personas de más de 80 años. Estos grupos de edad utilizan de manera más intensiva los sistemas de salud y, por ende, generan una mayor presión de gastos, dado que en promedio consumen entre 3 y 4 veces más recursos que la población menor de 65 años. La vejez va acompañada de otros problemas de salud, tales como las enfermedades crónicas, demencia y la discapacidad. Surge en este contexto, la necesidad de hacerse cargo de poblaciones añosas, muchas de las cuales van a requerir atención de larga estadía, tema que en el país no ha sido abordado por el sistema de salud.

En Chile existen importantes niveles de inequidad en términos del acceso de los diferentes grupos de ingresos a las atenciones de salud. Una de ellas se refiere a las diferencias observadas entre los beneficiarios del sistema público –que agrupa a las personas de ingresos medios y bajos- y los asegurados y sus cargas del sistema privado de salud. A esta desigualdad se suma la inequidad que se observa al interior de cada subsistema, particularmente, en el sistema público, donde existen diferencias geográficas de acceso, dado que la infraestructura y los recursos humanos especializados están concentrados en ciertas zonas del país. Esto genera una fuerte inequidad en el acceso a la atención de salud al interior del FONASA.

3.2 Construyendo una Estrategia de Salud para Chile

El estado de salud de las personas depende de dos elementos cruciales que deben apalancarse de manera virtuosa: de las estrategias y acciones desarrolladas a nivel de la sociedad en su conjunto, muchas veces representadas por el estado; y, del compromiso individual por tomar decisiones responsables alineadas con la propia salud, la del grupo familiar y su comunidad.

Una sociedad saludable vela porque su población, a lo largo de todo el ciclo de vida, pueda:

- Alcanzar una dieta nutritiva y desarrollar una actividad física adecuada.
- Evitar conductas de riesgo para la salud, tales como el fumar, beber en exceso y consumir drogas ilícitas.
- Habitar en una vivienda adecuada que lo proteja y que promueva el bienestar físico y mental familiar.
- Disfrutar de barrios y comunidades seguros y libres de contaminación, diseñados para promover la actividad física y la interacción social.

- Acceder a una educación que permita integrarse adecuadamente al trabajo y tomar decisiones adecuadas, particularmente en aquello referido a la propia salud y la de la familia.
- Trabajar en condiciones dignas, incluyendo remuneraciones y ambiente laboral, que protejan la salud del trabajador y promuevan los estilos de vida saludables.
- Vivir en ciudades limpias, seguras y con sistemas de transporte adecuados, que den espacio para el desarrollo de las comunidades y faciliten la actividad física de las personas.
- Contar con sistemas de salud que den un acceso oportuno, equitativo y de calidad a la atención de salud física y mental.

La construcción de una sociedad saludable no es sólo responsabilidad del estado central, sino de los distintos agentes que la componen: demás sectores del gobierno central, gobiernos locales, establecimientos de educación, sector privado, sindicatos y gremios, comunidades, familias e individuos, por lo que es condición indispensable, en la construcción de una nueva estrategia de salud para Chile, el abrir los espacios necesarios para que estos agentes participen activamente en este proceso.

En este contexto, existen un conjunto de directrices que debieran tenerse presente al momento de consensuar una estrategia de salud para el país. Entre ellos es necesario destacar las siguientes:

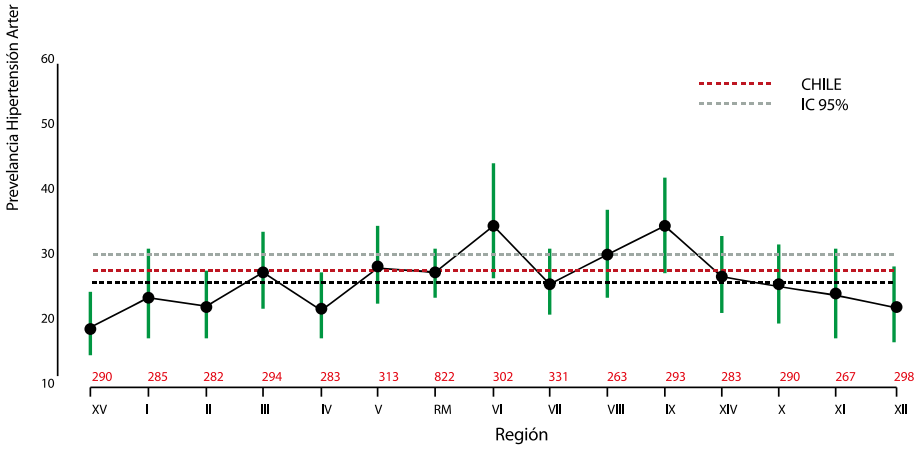
3.3 Objetivos de Salud de la Población

1. Reducir la morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades crónicas cardiovasculares, cánceres y de salud mental, ampliando las atenciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación, particularmente asociadas a la diabetes, hipertensión y depresión.
2. Aumentar la prevalencia de los principales factores protectores de la salud y reducir los principales factores de riesgo de la población chilena: Malnutrición, sedentarismo y tabaquismo, a través de acciones intersectoriales dirigidas a modificar las conductas, incluyendo las de consumo y productivas, con énfasis en incentivos económicos y cambios culturales.
3. Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, extendiendo la cobertura de la atención a la población de adultos mayores, particularmente de aquellas acciones más costo-efectivas, y desarrollar las capacidades para entregar cuidados de largo plazo a la población más añosa.
4. Consolidar los avances realizados por el país en atención materno-infantil y enfermedades inmuno-prevenibles.
5. Adoptar un enfoque de salud centrado en las personas que permita hacer que los individuos participen de las decisiones y se hagan responsables de su salud, participen activamente en el proceso de atención y apoyen el control de la actuación de seguros, prestadores y proveedores.
6. Mejorar la capacidad de respuesta de nuestro Sistema de Salud ante las Catástrofes.

1 Reducir la morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades crónicas cardiovasculares, diabetes, cánceres y de salud mental, ampliando las atenciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación.

Enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de mortalidad a nivel mundial, lo cual equivale a aproximadamente a un 30% de las muertes –en Chile este porcentaje es de 27%-, constituyendo además la primera causa de carga de enfermedad. El riesgo aumenta con la edad, afecta más a los hombres y está concentrada en la enfermedad cerebrovascular, isquémica e hipertensiva. La prevalencia de riesgo cardiovascular aumenta con la edad, principalmente a partir de los 45 años, en un período en que las personas se encuentran en plena etapa productiva. Si bien la enfermedad cerebrovascular ha experimentado un descenso sostenido, aún es la primera causa de muerte en Chile -tasa cruda de 50,6 defunciones por 100 mil habitantes en 2011 -, principalmente como accidente vascular hemorrágico. Son una causa importante de hospitalización y de años de vida perdidos. La enfermedad isquémica, principalmente el infarto agudo al miocardio ha descendido aún más que la cerebrovascular, lo cual de la primera causa en los ´90, se ubica actualmente como la segunda causa específica de muerte en Chile -tasa cruda de 41,7 por 100 mil habitantes. A diferencia de las anteriores, la mortalidad por enfermedad hipertensiva ha experimentado un aumento entre 1997 y 2011, aunque se mantuvo estable entre 2006 y 2009, afectando principalmente a personas de más de 80 años. Actualmente, la población con presión arterial elevada corresponde a cerca del 27% de la población mayor de 18 años, mientras que sobre los 65 años esta afecta a tres cuartas partes de la población (Aguilera, González, Matute, Nájera, & Olea, 2016).

Cuadro12: Prevalencia de presión elevada según región, Chile 2009-2010.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (MINSAL, 2010).

Los avances importantes en materia de estrategias de intervención del control de la enfermedad cerebrovascular están relacionados con el impulso que dio el GES a este problema de salud y que se encuentran contenidas en la Guía Clínica AUGE del Accidente Cerebro Vascular Isquémico, al Examen de Medicina Preventiva AUGE y al Programa Cardiovascular del MINSAL. No obstante, existen aún espacios importantes para seguir avanzando en esta área. Tal como hace notar Aguilera, X y cols. (2016), Wang, Y y cols. (2011) encontraron que existen diferencias entre las prácticas clínicas utilizadas y las recomendaciones de la Guía Clínica. Asimismo, la fase rehabilitación hospitalaria, crítica para la recuperación de este tipo de pacientes para su posterior reinserción social presenta un desarrollo aún incipiente en el país, lo cual genera discapacidad y carga de enfermedad importante (Aguilera et al., 2016; Wang et al., 2011). Una situación similar

ocurre con la enfermedad isquémica del corazón en términos del impulso que ha dado el GES a expandir la cobertura de este problema. No obstante, la estrategia ha sido extremadamente medicalizada. Nazzal (2013), sobre el estudio de 416 pacientes que egresaron vivos de una hospitalización por IAM de seis hospitales públicos de Santiago y regiones entre julio 2008 y marzo 2009, concluye que "Queda en evidencia la falta de una estrategia de prevención secundaria multifactorial, con mayor participación de un equipo multidisciplinario de salud, que aborde en forma integral la atención médica de estos pacientes". Respecto de la enfermedad hipertensiva, cerca de la mitad de las personas que ingresan al programa presentan deficiencias de manejo en la evaluación diagnóstica respecto de los estándares del propio programa, por lo que existe espacio para mejoras. Algo similar sucede en la fase de tratamiento, mientras que, en términos de resultados del tratamiento, medidos a través de la compensación, hay mejoras moderadas, que es posible optimizar (Nazzal Nazal, 2013).

Diabetes Mellitus tipo II. El informe final de los objetivos estratégicos en salud del MINSAL en el 2010, hace notar que las personas con diabetes tienen entre 2 a 4 veces más riesgo de presentar un infarto agudo al miocardio o un accidente cerebrovascular siendo la causa de muerte de la mitad de estos problemas; 10 veces mayor riesgo de amputación de miembros inferiores; y, es la principal causa de ceguera y de insuficiencia renal (MINSAL, 2010b). En Chile, el año 2011 hubo 3.426 defunciones por diabetes con una tasa de 19,8 por 100 mil habitantes, mientras que la tasa de mortalidad por diabetes aumentó un 17% entre los años 1999 y 2007, de 16,8 y 19,1 por 100.000 habitantes, respectivamente (Aguilera et al., 2016). Según la Encuesta Nacional de Salud 2009, el 9,4% de la población mayor de 15 años tiene diabetes, lo que indica que aumentó comparativamente a la prevalencia observada en 2003 de 6,3%. La prevalencia de diabetes en adultos mayores se eleva a 25,8%. La diabetes genera daños a nivel del sistema circulatorio desde fases tempranas, tanto a nivel microvascular (retina, riñón y sistema nervioso) como a nivel macro vascular (arterias, principalmente, coronarias, cerebrovasculares y de circulación periférica) (MINSAL, 2010). Según el mismo informe del MINSAL referido anteriormente, la retinopatía diabética afecta a cerca del 80% de los pacientes con más de 10 años de diabetes y puede eventualmente conducir a la ceguera, sin embargo, hasta 90% de los casos nuevos podrían reducirse con una vigilancia adecuada y el monitoreo de los ojos (MINSAL, 2010). En Chile, tanto el número como la tasa de amputaciones por complicaciones periféricas en población diabética aumentó entre los años 2002 y 2006, pasando de 2.359 a 3.192 amputaciones por año, con tasas de 3,5 a 4,5 por mil portadores de diabetes respectivamente, lo que corresponde a un incremento del 28%, siendo dos veces más alta en varones (5,9 vs 2,9 por 1000 diabéticos el año 2006) que en mujeres y en el grupo de 65 años y más (MINSAL, 2010). La principal causa de ingreso a diálisis, cerca de un tercio, es la nefropatía diabética (MINSAL, 2010). Lenz, R y cols. (2014) destacan que el costo medio de atender a un diabético hombre no controlado es un 54% mayor que a un diabético controlado, y que este costo se incrementa mientras más alta esté su hemoglobina glicosilada (Lenz, Zarate, Rodríguez, & Ramírez, 2014).

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (MINSAL, 2010)

Cuadro 13: Prevalencia de Diabetes tipo II en Chile 2009-2010

Tabla V.2.4.6. Diabetes según edad y sexo. Chile 2009-2010.

EDAD	n	HOMBRES PREVALENCIA	n	MUJERES PREVALENCIA	n	AMBOS SEXOS PREVALENCIA
15 - 24	301	0,2 (0,0 - 0,8)	383	0,6 (0,2 - 2,2)	684	0,4 (0,1 - 1,1)
25 - 44	611	2,9 (1,4 - 5,7)	945	4,7 (2,7 - 7,9)	1.556	3,8 (2,4 - 5,7)
45 - 64	625	14,4 (10,7 - 19,1)	916	19,3 (15,1- 24,4)	1.541	16,9 (14,0 - 20,3)
≥ 65	337	29,9 (20,4 - 41,6)	538	22,8 (17,9 - 28,6)	875	25,8 (20,6 - 31,9)
TOTAL	1.874	8,4 (6,6 - 10,6)	2.782	10,4 (8,7 - 12,5)	4.656	9,4 (8,1 - 10,9)

Prevalencias: % (intervalo de 95% de confianza).
Fuente: ENS Chile 2009-2010.
Nota: Excluye 48 casos cuyo autoreporte de diagnóstico médico ocurrió en el embarazo

Cuadro 14: Estimación de Gastos Promedios en Salud (2005-2010) para Pacientes Diabéticos Compensados y no Compensados (Hospital del Cobre)

Modelo	Compensado		No Compensado		Mayor Gasto	Mayor Gasto (%)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer
1	749.873	934.281	1.150.791	1.335.200	400.919	53,5%	42,9%
2	765.304	917.133	1.222.827	1.374.656	457.523	59,8%	49,9%
3	753.417	904.527	1.323.212	1.474.322	569.795	75,6%	63,0%

Modelo 1 con Variale Dicotómica controlado (HbA1c < 7% y no controlado (HbA1 > 6,9%) Modelo 2 con Variable Dicotómica: Grupo controlado (HbA1c < 7%) y no controlado (HbA1 > 10,9%).

Fuente: (Lenz et al., 2014)

El GES significó un avance en materia de cobertura de la diabetes, ampliando el acceso a las terapias medicamentosas. Las estrategias de intervención están contenidas en las Guía Clínica del AUGE y en la Medicina Preventiva. Sin embargo, aún el diagnóstico, cobertura del programa y niveles de control en la población son insuficientes. De los pacientes en control en los servicios públicos de salud en Chile, 38,6% presenta HbA1c consideradas adecuadas (DEIS-MINSAL, 2009), cifra similar a 34,3% detectado en encuestas poblacionales. Estas cifras están bastante por debajo de los promedios observados en los países de la OECD, los cuales puede llegar a dos tercios de la población que se encentra cubierta. Según el informe final de los objetivos estratégicos en salud del MINSAL en el 2010, el manejo de los pacientes con insuficiencia renal ha estado centrada en el manejo de la etapa final avanzada e irreversible de la enfermedad, con un manejo preventivo insuficiente en etapas iniciales, reversibles, posibles de controlar, a través de expandir el control de la hipertensión arterial, la proteinuria y la hiperglicemia en personas con diabetes (MINSAL, 2010).

Cánceres. El cáncer es la primera causa de carga de enfermedad en nuestro país, representando el 14%. Los cánceres se desarrollan por múltiples factores, entre ellos: genéticos, biológicos, ambientales, infecciosos y por estilos de vida no saludables, como consumo de tabaco, alcohol, dieta malsana y sedentarismo (MINSAL, 2016a). Uno de los factores a considerar, es el aumento

en la expectativa de vida, que se proyecta alcanzará los 87,8 años en el año 2050 en Chile. Por esta razón, cada vez más personas alcanzarán edades donde aumenta la probabilidad de ser diagnosticado de cáncer (MINSAL, 2016a). Esto, junto con las condiciones de transición epidemiológica que nos encontramos experimentando, dadas por la disminución de las enfermedades infectocontagiosas, la alta prevalencia de factores de riesgo y el aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, hace que el cáncer en nuestra población sea un factor muy relevante que considerar en las políticas públicas.

Los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en Chile, seguidas por las enfermedades cardiovasculares (excepto en Antofagasta y Arica, donde el cáncer asciende al primer lugar (Báez, 2013) y son la primera causa de carga de enfermedad. Chile supera a todos los países en la carga de enfermedad por cáncer, excepto en el cáncer pulmonar. Algunos ejemplos son: cáncer de vesícula (tasa 6,5 veces superior a la mundial), próstata (2,7 veces más) y estómago (1,7 veces más) (MINSAL, 2016a). Pese a ser una problemática relevante desde el punto de vista sanitario, a nivel de políticas públicas, se debe reconocer que no existe una política nacional de cáncer en Chile, tampoco un programa nacional que integre los esfuerzos. Sólo contamos con programas específicos que se articulan en el Ministerio de Salud (cervicouterino, cáncer de mamas, alivio del dolor y cuidados paliativos, drogas antineoplásicas, entre otros). Algunos aspectos positivos son la incorporación de varios cánceres a las garantías GES, lo que asegura acceso, oportunidad financiera y calidad de la atención. Sin embargo, se debe destacar como consecuencia negativa de no contar con una política integrada, que no existe un componente o área de investigación en cáncer que oriente la investigación o dirija fondos públicos en esta dirección (Jiménez, 2010).

2 Aumentar la prevalencia de los factores protectores de la salud y reducir los principales factores de riesgo de la población chilena: Malnutrición, sedentarismo, tabaquismo, a través de acciones intersectoriales dirigidas a modificar las conductas, incluyendo las de consumo y productivas, con énfasis en incentivos económicos y cambios culturales.

Debe hacerse notar que en los Objetivos Sanitarios 2011–2020, aparece por primera vez en este largo proceso de la Reforma, un objetivo estratégico destinado a aumentar la salud de la población, como es desarrollar hábitos y estilos de vida saludables, que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población. Se fija como objetivo aumentar la prevalencia de los factores protectores de la salud, junto a la reducción de los factores de riesgo. Aparece promoción y prevención en sitios de trabajo, desgraciadamente, no se asumen compromisos para su logro, sino sólo para el monitoreo. En este contexto existen al menos tres estrategias claves que deben considerarse: Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad; reducir el sedentarismo; y, reducir el consumo de tabaco.

Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad. La obesidad es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, con alta proporción de países que presentan más de 30% de su población con exceso de peso. En Chile, donde hemos experimentado una rápida transición epidemiológica y nutricional, se observa que el exceso de peso tiene alta prevalencia y una tendencia al aumento en todos los grupos de edad. En la Encuesta Nacional de Salud del año 2009 se registra una prevalencia de exceso de peso de 64,5%, sobrepeso de 39,3%, obesidad en el 25,1% y obesidad mórbida en el 2,3% de la población (MINSAL, 2011). Al analizar la presencia de obesidad relacionada con el nivel educacional (utilizado como variable proxy de nivel socioeconómico en la Encuesta de Salud), se observa que las personas con bajo nivel de educación presentan mayores tasas de prevalencia comparados con las personas con niveles de educación media y alta (35,5%, 24,7% y 18,5%, respectivamente). En los niños menores de 6 años, que recibieron atención en los Servicios de Salud, la prevalencia de obesidad se incrementó desde

un 5,8% en el año 1994 a un 10,1% a mediados del 2011. Cuando desagregamos este dato, se observa que las prevalencias son persistentemente más altas en hombres en todos los grupos etarios. En los menores de 2 meses el 3% de los niños presenta obesidad, valor que se triplica a los 12 meses, momento en el cual se produce una meseta, para luego retomar el ascenso que termina con el valor más alto a los 71 meses con un 13% de los niños con obesidad (MINSAL, 2010). Situación similar representan los censos antropométricos realizados por la JUNAEB a los escolares de 1er año básico, donde se observa que la prevalencia de obesidad ha aumentado de un 17% en el año 2000 a un 23,1% en 2010. En la actualidad, la prevalencia de obesidad en la población preescolar es levemente inferior: 4 a 5 años 19,5% y en niños de 5 a 6 años 19,2% (JUNAEB, 2017). Pocos estudios se han realizado para analizar la incidencia de obesidad, aspecto fundamental para comprender la naturaleza de la enfermedad. En un estudio se analizó la edad de inicio y se observó que la mediana de edad de presentación es a los 22 meses, con un 25% de los niños diagnosticados a los 5 meses de edad o antes. También se estimó que los niños con sobrepeso comenzaron con la ganancia excesiva de peso al poco tiempo de nacidos, con una tasa de exceso de IMC de 1 por cada año, lo que implica que a los dos años ya se habían convertido en obesos (Harrington et al., 2010). La información presentada en estos estudios es concordante con lo observado en las prevalencias de obesidad por grupo de edad de los niños atendidos en el sistema de salud, lo cual deja de manifiesto que la obesidad se instala precozmente y va aumentando rápidamente con un pick a los dos años de vida. Es relevante destacar que el mayor riesgo de obesidad no sólo se refiere a un grupo etario específico, sino a la era en la cual los individuos crecen (McTigue, Garrett, & Popkin, 2002), apuntando a una interacción entre los cambios sociales en los patrones alimentarios y de actividad física y características específicas de los individuos.

Reducir la prevalencia de sobrepeso y obesidad es otro de los problemas en franco deterioro y con resultados esperados en los objetivos sanitarios 2011 – 2020 poco exigentes, donde se espera reducir sólo en 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años. En los Objetivos Sanitarios se analiza la tendencia del problema; como prevención aparece el monitoreo de lactancia exclusiva a los 6 meses, además de medir las tasas de consulta nutricional a los 5 meses y en niños menores de 5 años sin comprometer metas. A nivel escolar se considera la medir la proporción de establecimientos intervenidos en alimentación y actividad física, sin compromiso de indicador. Medir la proporción de establecimientos saludables que cumplen al menos 80% de indicador de calidad, pero no se compromete incrementar estos establecimientos. Se agrega un indicador de fiscalización, pero este conjunto es muy insuficiente y no tiene relación con las dificultades que supone el cambio de hábitos alimentarios, ni las dificultades que la Ley del rotulado de los alimentos ha debido enfrentar. Esta ley ha tenido una reglamentación tórpida, que no permite garantizar la información nutricional que requiere la población para una buena toma de decisiones. El lobby de la empresa alimentaria ha sido muy fuerte, y no se augura una salida en el corto plazo. La propuesta inicial de Ley de Etiquetado ha sido influenciada por las presiones de la industria, que ha logrado modificar el reglamento de la ley para aumentar los umbrales de nutrientes críticos para definir alimentos como saludables y ha dilatado su real puesta en marcha en 4 años mediante escalamiento de las medidas, lo que no tiene ningún soporte en evidencias y ha generado gran rechazo por parte de la comunidad académica y científica. El conseguir rotular con sellos -de acuerdo- al contenido calórico, grasas saturadas y sal, sin embargo, ha sido un logro, así como determinar los contenidos de estas sustancias en forma más comprensible para los consumidores. Este avance ha ido en paralelo con restricciones a los quioscos escolares, que deben vender alimentos saludables. El ente gubernamental encargado de la alimentación de los escolares, la JUNAEB (Junta Nacional de Alimentación Escolar y Becas) definió lo que no se puede adquirir, pero hay otras medidas que tomarán plazos mayores.

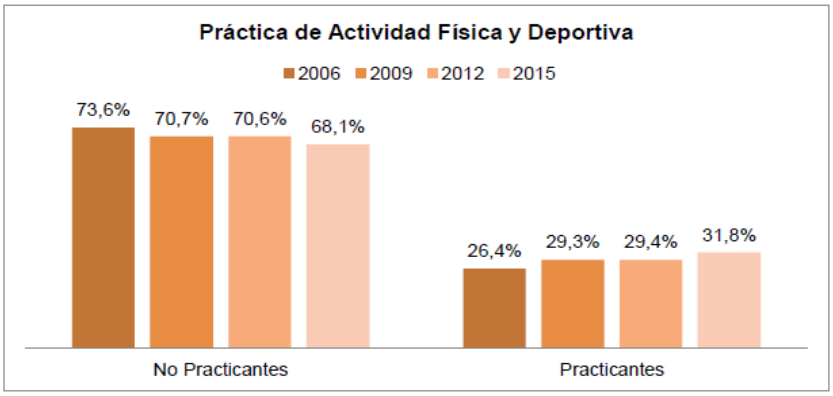
Buena práctica: OMS, acabar con la obesidad infantil.

Se basa en promover alimentos saludables, reducir ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas; promover actividad física y reducir sedentarismo; prevención de enfermedades no transmisibles en control gestacional, dieta sana y pautas de sueño, entre otras.

Reducir el Sedentarismo. El sedentarismo definido como practicar actividad física o deporte 30 minutos al menos 3 veces a la semana. Otro de los factores de riesgo vinculados a los problemas de salud que producen mayor carga de enfermedad. (Enf. isquémica del corazón, Enf. cerebrovascular, cáncer colorrectal, cáncer de mama, diabetes, caídas, osteoporosis, osteoartritis, dolor lumbar, cáncer de próstata y recto). El realizar actividad física o deportes tiene un aumento leve pero constante en los últimos años, como muestra el siguiente gráfico de la Encuesta Nacional de hábitos de actividad física y deportes de la población de 18 años y más, 2015, del Ministerio del Deporte (MINDEP, 2015). El gráfico compara la tendencia en los períodos 2006 a 2015. El sedentarismo aumenta con la edad, las mujeres son más sedentarias que los hombres. El sitio en que se hace deporte o actividad física es diferente para hombres y mujeres. Los primeros, en su mayoría lo practican en recintos privados (gimnasios, estadios) y luego en recintos públicos, (Municipal, servicio público, ministerio) mientras las mujeres lo hacen fundamentalmente en espacios abiertos (plazas, calles) seguido de los recintos privados. El sedentarismo es inversamente proporcional al nivel socioeconómico, siendo significativa la diferencia en el tramo superior y medio con relación al bajo (MINSAL, 2011). En la Encuesta Nacional de actividad física 2015 se encontró una prevalencia de sedentarismo para el grupo ABC1 de 69,5; los grupos D y E tienen cifras similares de 87,7%. Es mayor el sedentarismo en las comunas urbanas pequeñas y en las rurales. En comunas urbanas grandes alcanza al 78,6% de la población, mientras es 89% en las rurales (MINDEP, 2015). Hay segregación de acuerdo con el nivel socioeconómico, el grupo ABC1 es el único que recurre a recintos privados, mientras los grupos C2, C3 y D utilizan los espacios abiertos y recintos públicos. El grupo de mayor precariedad, el E, lo hace en espacios abiertos y en su casa. La medición del 2015 muestra el incremento de los espacios públicos como sitio donde hacer ejercicio, pasando al primer lugar en las comunas urbanas y al segundo en las rurales.

Cuadro 15: Práctica de ejercicio físico y/o deportes en la población chilena: comparación con medidas anteriores

Gráfico 8. Práctica de ejercicio físico y/o deportes en la población chilena: comparación con mediciones anteriores.



Fuente: (MINDEP, 2015)

En los objetivos sanitarios 2011-2020 se colocó como meta aumentar la actividad física a 30% en la población de 15 a 24 años. Hay un problema en la definición de esta meta, pues en escolares, la exigencia de actividad física según recomendaciones de la OMS el 2010 es más elevada (1

hora diaria, y no los 90 minutos semanales) y los resultados de la encuesta mundial de salud escolar 2013 con esa definición muestran para Chile que son activos físicamente el 14,8% de los adolescentes de 13 a 15 años y 12,1% de los de 16 y 17 años (CDC, 2013). Los compromisos asumidos señalan revisar las recomendaciones de políticas públicas cada dos años como parte de un plan de trabajo intersectorial, entre, Salud, Educación y Deportes, donde se mida la proporción de comunas que integran actividad física en los planes comunales de salud.

Como es frecuente, alrededor del mundo no hay muchos ejemplos que entreguen evidencias que consideren su amplificación, si tiene su origen en investigaciones teóricas o en el mundo real, qué intervenciones funcionan mejor, si el incremento del ejercicio es el propósito fundamental o una ganancia colateral, si se ha institucionalizado, si llega a la población objetivo, si es efectiva, si se mantiene en el tiempo, y en qué medida es exitosa en incrementar el ejercicio.

Entre ellos se citan:

"S4D" (Sport for development, deporte para el desarrollo), promovida por Naciones Unidas y ejecutada por ONGs en países en desarrollo.

"CATCH" (Coordinated approach to child health, aproximación coordinada a la salud infantil) Ejecutado en más de la mitad de las escuelas de Texas y centros de YMCA en 32 estados de USA.

"BRT" (Sistema de Transito Rápido), en más de 150 ciudades de países de ingreso medio, en Latinoamérica se mencionan Curitiba en Brasil, Cali y Bogotá en Colombia (Reis et al., 2016).

Reducción en el Consumo de Tabaco. El consumo de tabaco es una conducta ampliamente difundida. Durante el año 2014 se consumieron 5,8 trillones de cigarrillos en el mundo, siendo el tabaquismo el factor más relevante de muerte prematura en hombres y el segundo en mujeres adultas (Eriksen, Mackay, Schluger, Gomeshtapeh, & Drope, 2015). Existe una asociación positiva entre el crecimiento económico de los países de ingresos bajos y medios y el tabaquismo, donde se ha documentado que un 10% de incremento en el producto interno bruto aumenta las chances de ser fumador en 2,5%. Además, los jóvenes que viven en países con distribuciones de ingreso más inequitativo tienden a presentar mayores chances de ser fumadores (Li & Guindon, 2013). Cabe mencionar que, según el último reporte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Chile es el país con la mayor desigualdad en los ingresos (OECD, 2014)"mendeley" : { "formattedCitation" : "(OECD, 2014. Las economías emergentes condicionan el incremento en uso de tabaco, especialmente en población joven que se incorpora al mundo laboral (Leppan, Lecours, & Buckles, 2014). En Chile, el estudio de carga de enfermedad y carga atribuible concluye que el consumo de tabaco es responsable de una de cada once muertes, mientras que el alcohol y el sobrepeso están entre los factores de riesgo que explican la mayor cantidad de años de vida perdidos por mortalidad prematura (Bedregal et al., 2008). La situación epidemiológica del tabaquismo es compleja. La mayor carga de enfermedad en nuestro país se asocia a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

En Chile, el impacto que genera el tabaquismo en la mortalidad y calidad de vida se traduce en la pérdida de 428.588 años de vida. Además, explica el 18,5% del total de muertes al año, todas ellas evitables (Pichón Riviere et al., 2014). La prevalencia nacional de tabaquismo entre los adolescentes de 13 a 15 años de ambos sexos ocupa el primer lugar en América (35,1%) y las adolescentes chilenas presentan la prevalencia más alta de tabaquismo en el mundo, alcanzando un 40% (CDC, 2016), triste récord. Más del 80% de los fumadores comienzan a fumar a los 18 años y el 99% de ellos ya son fumadores a los 26 años (National Center for Chronic Disease

Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health, 2012). La adolescencia es un período particularmente sensible a influencias sociales. Se considera una ventana de vulnerabilidad para iniciar el hábito de consumo de tabaco, dados los procesos de madurez que se atraviesan y la búsqueda de aceptabilidad social. Esto explica que algunos comportamientos asociados a la experimentación durante el período adolescente, como el consumo de tabaco, podrían verse afectados por diferentes hitos relacionados al desarrollo, por ejemplo, la edad de iniciación sexual, la escolaridad y el ingreso al mercado laboral. Se han estudiado algunos predictores de inicio de consumo de tabaco en adolescentes, sugiriendo que la experimentación y consolidación del hábito se va instalando de forma progresiva a medida que pasan los años, asociado a la presencia de tabaquismo en el entorno inmediato, actitudes personales hacia el tabaco y determinantes psicosociales del inicio de la conducta (Ariza Cardenal & Nebot Adell, 2002). Las compañías tabacaleras declaran públicamente que sus actividades de promoción están dirigidas sólo a influir en el comportamiento de adultos que ya son fumadores, no a atraer a los jóvenes o a los no fumadores. Sin embargo, investigaciones demuestran que el marketing del tabaco contribuye sustancialmente al hábito en la población juvenil. Un tercio de la experimentación de jóvenes en tabaco ocurre como resultado de la exposición a promoción, marketing y auspicios. Setenta y ocho por ciento de la población entre 13-15 años reportan exposición regular de tabaco a nivel global. Además del marketing directo, el tabaquismo se ve influido por patrones culturales contemporáneos. La mitad de las películas dirigidas para niños bajo los 13 años contiene escenas de uso de tabaco y mensajes que normalizan su consumo (Eriksen et al., 2015). La nueva ley de tabaco se encuentra en discusión en el parlamento desde el año 2015, sin calificación de urgencia. Es necesario que la discusión parlamentaria avance, nutriéndose de evidencias científicas que respalden las recomendaciones. La academia, la comunidad científica y la sociedad civil han solicitado revisar y avanzar en medidas de control de tabaco más estrictas, entre ellas, el establecimiento del empaquetado genérico.

El análisis del impacto post implementación en Australia evidenció que la introducción de cajetillas genéricas, junto con advertencias sanitarias de mayor tamaño y nuevas advertencias, redujeron la prevalencia en mayor grado que la tendencia preexistente. Específicamente, el reporte estima que, entre diciembre 2012 y septiembre 2015, las modificaciones en el empaquetado disminuyeron la prevalencia promedio de tabaquismo entre los australianos de 14 años y más por 0,55 puntos porcentuales. De acuerdo con el modelo, si no se hubieran implementado las modificaciones al empaquetado, la prevalencia de tabaquismo en el periodo post-implementación habría sido de 17,77%, en vez de 17,21%. Se espera que este efecto se incremente en el tiempo (Australian Government Department of Health, 2016).

La reducción del consumo de tabaco aparece bien orientada, con una estrategia de cuerpos legales destinados a reducir la iniciación del hábito y promover los entornos libres de tabaco. A la vista de la magnitud del problema, las metas actuales de reducir en 5% la prevalencia de consumo de tabaco del último mes en población de 12 a 64 años parece poco exigente. Como medida para disminuir el atractivo de los productos de tabaco, limitar su uso como herramienta de marketing, disminuir la desinformación y aumentar la efectividad de las advertencias sanitarias, la OMS invita a los países a avanzar en la utilización del empaquetado genérico (empaque desprovisto de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional en el envase, excepto los nombres de marca y producto, presentados en color y tipo de fuente estándar). Los países que han implementado esta medida son Australia, en diciembre del año 2012 y, por su parte, Irlanda, Francia y el Reino Unido han aprobado leyes para ser implementadas en el corto plazo (WHO, 2016a)plazo, Francia y el Reino, en diciembre del año 2012.

Pese a ser muy pronto para medir el efecto total en Australia, la evidencia es consistente en relación con la efectividad de las cajetillas genéricas. Los estudios demuestran que incrementa la cesación de hábito tabáquico (Wakefield, Hayes, Durkin, & Borland, 2013), aumenta las llamadas a las líneas telefónicas a los servicios de apoyo (Young et al., 2014) e incrementa los intentos para cesar el hábito (Durkin et al., 2015). Con la medida, son menos los consumidores que perciben erróneamente que las marcas o diseños difieren en el grado de daño a la salud y existen indicadores relacionados a una mayor efectividad de las advertencias sanitarias entre los fumadores (Wakefield et al., 2013).

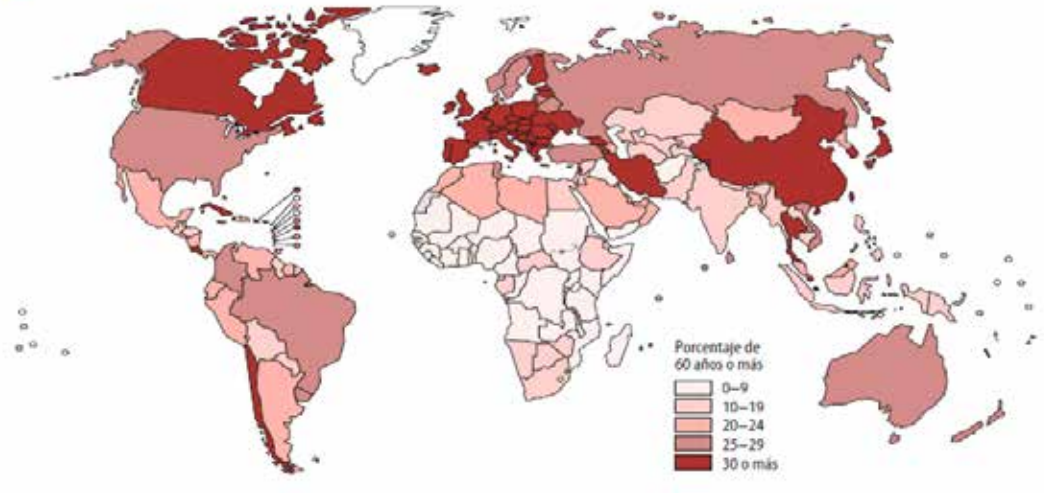
El análisis del impacto post implementación en Australia evidenció que la introducción de cajetillas genéricas, junto con advertencias sanitarias de mayor tamaño y nuevas advertencias, redujeron la prevalencia en mayor grado que la tendencia preexistente. Específicamente, el reporte estima que, entre diciembre 2012 y septiembre 2015, las modificaciones en el empaquetado disminuyeron la prevalencia promedio de tabaquismo entre los australianos de 14 años y más por 0,55 puntos porcentuales. De acuerdo con el modelo, si no se hubieran implementado las modificaciones al empaquetado, la prevalencia de tabaquismo en el periodo post-implementación habría sido de 17,77%, en vez de 17,21%. Lo que se espera es que este efecto se incremente en el tiempo (Australian Government Department of Health, 2016).

3 Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, extendiendo la cobertura de la atención, particularmente de aquellas acciones más costo-efectivas y desarrollar las capacidades para entregar cuidados de largo plazo a la población más añosa.

Las proyecciones para el envejecimiento al 2050 ubican a Chile como el de mayor proporción de mayores de 60 años de Las Américas, junto a Canadá (OMS, 2015). En el grupo de edad de mayores de 65 años, los gastos en salud tienen un incremento elevado, asociado a la elevada presencia de enfermedades crónicas y si se agrega la reducción del ingreso económico, y el elevado gasto bolsillo en salud, pone a esa población en riesgo de caer en situación de pobreza. El indicador de dependencia, que relaciona la población menor de 15 años sumada a la de mayor de 65 dividida por la población total por 100, para Chile en 1980 era de 63%, para el 2015 de 45% y para el 2030 se proyecta de 52,9%. El peso de la población dependiente que se redujo al disminuir los menores de 15 años vuelve a subir ahora a expensas de los mayores de 65 años, cambio demográfico que tendrá (Centro Latinoamericano de Demografía, 2012) fuertes implicancias económicas. El envejecimiento de la población y dentro de este el crecimiento de la población mayor de 75 años (envejecimiento interno, CELADE) supone un desafío no sólo al sector salud sino a la oferta de servicios en su totalidad. Este subgrupo poblacional -de acuerdo- a las proyecciones de CELADE, en 1980 correspondía en Chile al 1,9% de la población total; al 2015 es un 4,3% y al 2020 será un 7%. Un indicador demográfico para medir este fenómeno es el denominado "relación de apoyo a los padres", medida comúnmente usada para expresar la demanda familiar de apoyo a sus ancianos. La relación de apoyo a los padres es un indicador aproximado de los cambios requeridos en los sistemas familiares, es el cociente entre las personas de 80 años y más de edad y las personas de 50 a 64 años. Este indicador era para el 1980 en Chile de 9,7 %, para el 2015 de 14,1% y para el 2030 se proyecta de 22.2% (Centro Latinoamericano de Demografía, 2012). El problema de la discapacidad en este grupo es severo, de acuerdo con el segundo estudio nacional de discapacidad, 2015, encuesta CASEN 2011, la prevalencia de la discapacidad entre los mayores de 60 años llega a 38,3 %% y 20,8% son discapacitados severos (MIDEPLAN, 2015). Este es un desafío generado por el propio éxito del sistema de salud – sumado al trabajo de otros sectores - que mejoró la expectativa de vida. (En el quinquenio 1950-1955 la esperanza de vida al nacer era de 54,8 años (52,9 en hombres y 56,7 en mujeres); para 2015-2010 es de 79,8 años (76,6 en hombres y 82,8 en mujeres) (DEIS, 2014).

Cuadro 16: Proporción de personas de 60 años o más, proyecciones para 2050

Figura 3.2. Proporción de personas de 60 años o más, por país, proyecciones para 2050



Fuente:(OMS, 2015)

En forma intersectorial y participativa se elaboraron políticas públicas; "Política integral de envejecimiento positivo para Chile: 2012-2025, lideradas por SENAMA (Servicio Nacional del Adulto Mayor), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social. En esta política, se espera lograr que "las personas mayores sean autovalentes, estén integradas a los distintos ámbitos de la sociedad y reporten niveles de bienestar subjetivo tan altos como los jóvenes" A pesar de constatar que quienes cuidan a las personas mayores dependientes en su gran mayoría son mujeres, no se mencionan estrategias para mejorar la equidad de género en el cuidado. La primera línea de acción es la promoción del envejecimiento saludable, incorporando el "Programa Elige Vivir Sano" del Ministerio de Salud, del Deporte y el SENAMA. Tiene tres objetivos específicos dependientes de salud: Salud y cuidados, vida saludable y especialistas (MIDEPLAN, 2012). En salud y cuidados se espera incorporar el "Modelo de Cuidado Integral" progresivamente en todos los niveles de la Red Asistencial, con enfoque sociosanitario para personas mayores (por parte del MINSAL). No especifican la cobertura que se espera lograr. Tiene dos componentes: Plan de Rehabilitación y Plan de Demencia. Además, a partir del 2013 se esperaba instalar un plan de atención de salud para personas mayores con demencia, (MINSAL) no señalando nuevamente la cobertura; se espera desarrollar un plan de prevención de la discapacidad y rehabilitación (MINSAL) no se menciona cobertura. Al igual que en el plan de salud del MINSAL, existe el objetivo específico de aumentar la prevalencia de factores protectores para la salud en las personas mayores (tres factores protectores en 76% de las personas mayores para el 2025). El objetivo específico de especialistas se refiere a aumentar el número de profesionales y técnicos con conocimientos específicos sobre personas mayores, con la meta de formar 10.000 personas para el 2025, con el concurso de 5 universidades que dictarán cursos sobre envejecimiento y vejez. A partir de 2012 se entregarían 10 becas anuales para Medicina Geriátrica. Al 2015 había 70 especialistas en Geriatría (MINSAL, 2016b). También formación de auxiliares de enfermería con mención de atención de personas mayores o cuidado de enfermos (100 becas online). A mediano plazo se espera formar especialistas en otras áreas de la salud y en gerontología desde las ciencias sociales. No obstante, no hay metas concretas. Otro objetivo específico es la protección de la seguridad económica de las personas mayores, que apunta a reducir en 1% la proporción de adultos mayores bajo la línea de pobreza, del 91% basal mantener un 90% hasta el año 2025. Esta mezquina meta es consecuente con las acciones que propone, como es la eliminación de la cotización de salud y las pensiones básicas solidarias y aporte previsional solidario ya existentes.

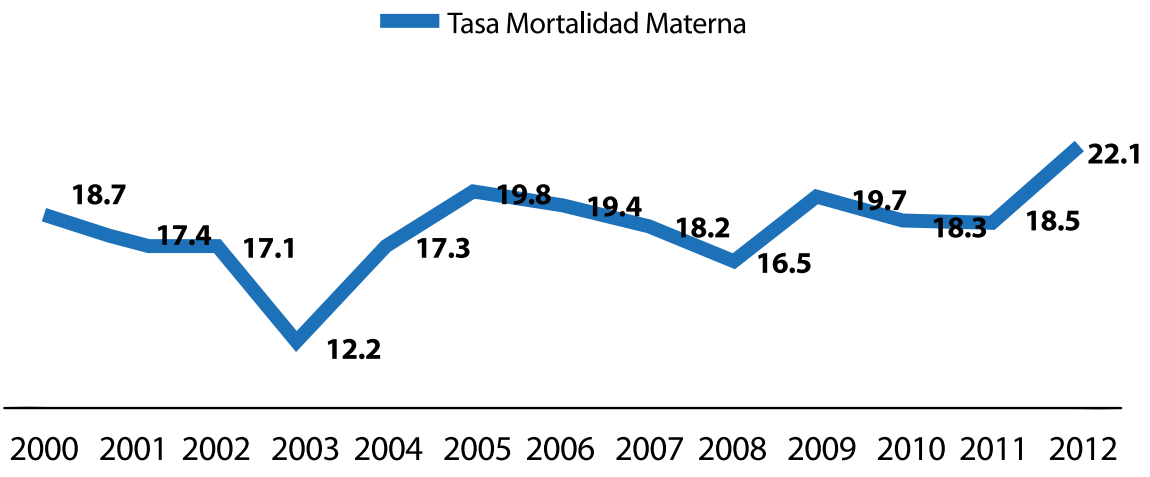
Una buena práctica: El modelo de Canadá propuesto por la Asociación Médica Canadiense (Canadian Medical Association, 2013). Considera que se requiere realizar inversiones desde todos los sectores gubernamentales para:

- Programas y apoyo para la promoción del envejecimiento saludable.
- Un continuo comprehensivo de los servicios de salud, para proveer atención óptima de salud y apoyo a las personas mayores.
- Una sociedad y un medio ambiente amigable para los mayores.

4 Consolidar los avances realizados por el país en atención materno-infantil y enfermedades inmuno-prevenibles.

Muertes maternas. Chile registró el año 2012 una tasa de muertes maternas de 22,1 x 100.000 n.v. corregidos, la peor desde el año 2000, debidas a algunas causas prevenibles (edema, proteinuria y trastornos hipertensivos) con una adecuada atención del embarazo, parto y puerperio; muertes evitables por la alta cobertura de atención institucional del parto -99,83% al año 2012- (infección puerperal y hemorragia) (DEIS, 2014). Existe margen de mejoría en esta área usando las estrategias de cobertura de control de embarazo apropiada, ingreso oportuno al control y derivación de problemas de mayor gravedad a niveles más complejos. En la definición de Objetivos Sanitarios del período 2000-2010 (MINSAL, 2011) se propuso reducir la mortalidad materna a 12 x 100.000 nacidos vivos, lo que no se cumplió. En el período 2011-2020 no se incluyó meta para este problema, no definiéndose por tanto estrategias para ello. Esta es otra muestra más de la evaluación de este problema como "superado" por parte de las autoridades sanitarias. Dentro de los compromisos internacionales que ha asumido el país, está el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, con una meta de mortalidad materna de 10 x 100.000 n.v., al 2015 (Gobierno de Chile, 2010) cuyo cumplimiento se agrega a los grupos de causas de la tabla previa, las patologías intercurrentes, (CIE 099) las que asocia a edades extremas, (adolescentes y mujeres mayores de 35 años) (Donoso & Carvajal, 2012). El número de defunciones maternas puede parecer bajo, sin embargo, cada muerte materna es inaceptable por ser un fracaso de la salud pública que no tiene sitio en el Siglo XXI en un país como es Chile, con una atención profesional del parto cercana al 100%, con alta cobertura de control de embarazo y con ingreso al control mayoritariamente oportuno.

Cuadro17: Mortalidad Materna, Chile, 2000-2012



Fuente: (DEIS-MINSAL, 2011)

Cada muerte materna es estudiada con una auditoría, de la que se deben extraer aprendizajes para evitar su repetición, pero esta estrategia a todas luces no está siendo suficiente para superar la percepción exitista que existe de ser un problema superado.

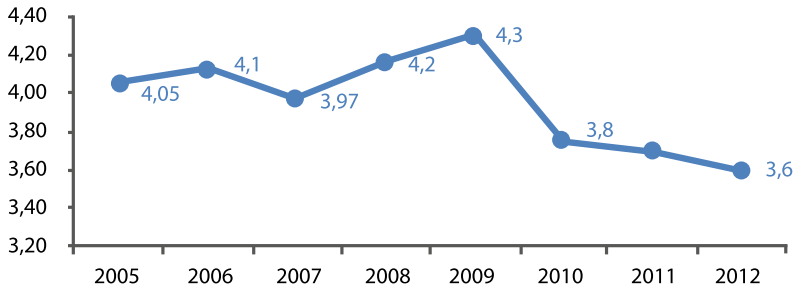
Embarazo adolescente. El embarazo adolescente constituye un problema y genera inequidad. Existe una diferencia importante en el embarazo adolescente entre los diferentes estratos socioeconómicos. Su presencia es mayor en las comunas más pobres (el 2009 Vitacura tuvo 1,4% de embarazadas adolescentes, mientras en La Pintana el 20,9% de las embarazadas eran adolescentes) (MINSAL, 2013), y es una de las causales de la perpetuación de la pobreza. La tasa de nacidos vivos **hijos de niñas de 10 a 14 años** -no de mujeres como son erradamente definidas- a pesar de mostrar una tendencia descendente es aun preocupante (MINSAL, 2013). Estos nacidos vivos son producto de abuso sexual, ya que en Chile la edad de consentimiento para las relaciones sexuales es 14 años (Ley 19927, que el año 2004 la elevó de 12 a 14 años).

Cuadro 18: Porcentaje de embarazos adolescentes del total de nacidos vivos, Chile 2005-2012

Año	Total de nacidos vivos	Madres menores de 15 años	%	Madres 15 a 19 años	%	Total madres adolescentes	Porcentaje total madres adolescentes
2005	230.831	**935**	0,40	**36.143**	15,22	**36.078**	**15,62**
2005	231.833	**964**	0,41	**36.816**	15,91	**37.770**	**16,32**
2007	240.569	**955**	0,39	**38.650**	16,06	**39.605**	**16,45**
2008	246.581	**1025**	0,42	**39.827**	16,10	**40.927**	**16,60**
2009	252.240	**1075**	0,43	**39.827**	15,71	**40.702**	**16,13**
2010	250.643	**963**	0,38	**38.047**	15,18	**39.010**	**15,56**
2011*	247.358	**927**	0,37	**38.102**	14,59	**37.029**	**14,98**
2012*	241.775	**874**	0,36	**34.026**	14,05	**34.990**	**14,42**

Fuente: Depto. Ciclo Vital, Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de bases de datos DEIS, 2013 (MINSAL, 2013).

Cuadro 19: Tasas de nacidos vivos de niñas de 10 a 14 años, por cada 1000 nacidos vivos, Chile 2005-2012



Fuente: Depto. Ciclo Vital, Programa de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de bases de datos DEIS, 2013 (MINSAL, 2013).

Entre las medidas adoptadas por parte del programa del adolescente del Ministerio de Salud se mencionan los espacios amigables a partir de 2007 con financiamiento Minsal o municipal, respecto de los cuales se desconoce su cobertura y su impacto; y, entre otros, la incorporación de adolescentes mayores de 15 años al EMPA (Examen de Medicina Preventiva del Adulto), no obstante, con coberturas aún muy bajas (0,5% el año 2012). En el marco de los Objetivos Sanitarios

2011–2020 (MINSAL, 2011) se definieron una serie de indicadores tales como trabajo intersectorial, coberturas en métodos anticonceptivos, atención integral de embarazadas adolescentes, etc. Sin embargo, estos indicadores observan que los fenómenos no tienen exigencia de cobertura a cumplir, lo que implica el riesgo de no producir cambios en las tendencias. Tampoco impone la destinación de recursos para su logro. A pesar de que Chile integra el "Plan Andino para Reducción del Embarazo Adolescente", no ha aplicado mucho de sus avances, por ser un tema muy sensible, frente al cual se generan grandes debates. Mientras no se aborde como problema de salud pública se ve difícil que se supere.

Una buena práctica, el Plan Andino para la reducción del embarazo adolescente:
Lo integran desde el 2007 Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador y Venezuela.

Su objetivo es contribuir a reducir brechas que dificultan acceso a servicios de salud a adolescentes, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos y la equidad social y de género, con enfoque intercultural y de participación social.

Objetivos específicos:
Desarrollar diagnóstico de situación de embarazo adolescente en subregión.
Identificar modelos de atención que garanticen superar barreras de acceso y capacidad resolutiva en sector salud.

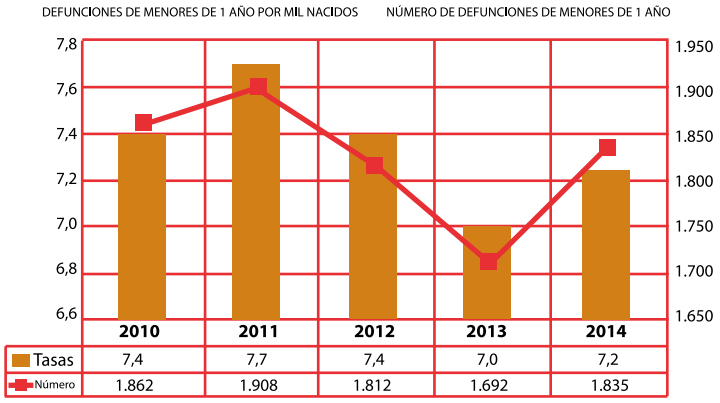
Promover participación de adolescentes, intercambio de experiencias.

Sensibilizar a autoridades, sociedad civil, comunicadores y proveedores de salud de la importancia de contar con acciones y políticas que permitan la prevención del embarazo adolescente.

Cuenta con un banco de buenas prácticas, que adolece del problema de ser locales.

Mortalidad infantil. En relación con la mortalidad infantil y sus componentes, se produjo una reducción extraordinaria en Chile durante el último siglo. Este gran éxito fue a expensas de la mortalidad infantil tardía (28 días a 1 año). La proporción de la mortalidad neonatal (menores de 28 días) en la mortalidad infantil sigue incrementándose, lo que requerirá de gran esfuerzo para continuar progresando en este indicador, que tiene límites, como son las malformaciones congénitas y los recién nacidos con peso extremadamente bajo, inferior a 500 grs. Son determinantes la edad gestacional y la calidad de la atención neonatal. En los objetivos sanitarios 2000-2010 se propuso bajar la mortalidad infantil hasta una tasa de 7,5 x 1.000 n. v. al 2010, la que se superó, llegando el 2010 a 7,4 x 1.000 n.v. (DEIS MINSAL) e INE. Al 2014, la mortalidad infantil llegó a 7,02 x 1.000 nov., con el componente de mortalidad neonatal de 5,2 x 1.000 n.v. (INE, 2014), lo que se ilustra en los cuadros siguientes, que indican leve ascenso de la mortalidad infantil para el 2014 y estancamiento de la mortalidad neonatal para el mismo año. Se debe recordar que estos indicadores son cifras nacionales, sin dar cuenta de la diversa realidad por regiones, comunas o la de los pueblos originarios.

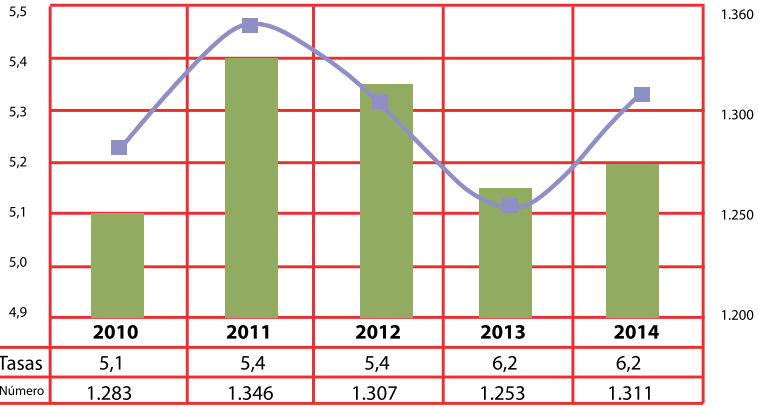
Cuadro 20: Defunciones de menores de un año, nivel país en número y tasa, período 2010-2014



	2010	2011	2012	2013	2014
Tasas	7,4	7,7	7,4	7,0	7,2
Número	1.862	1.908	1.812	1.692	1.835

Fuente: (INE, 2014)

Cuadro 21: Defunciones neonatales, nivel país en número y tasa, período 2010-2014



	2010	2011	2012	2013	2014
Tasas	5,1	5,4	5,4	6,2	6,2
Número	1.283	1.346	1.307	1.253	1.311

Fuente: (INE, 2014)

En el actual plan de salud del decenio no se incluyó meta para ese indicador, no existiendo por tanto definición de estrategias específicas para su reducción. Al igual que con la mortalidad materna, la reducción de la mortalidad infantil es un compromiso internacional, se asumió en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 una reducción que para el 2015 debía llegar a una tasa de mortalidad infantil de 5,3 x 1.000 n.v., que no parece posible. Al igual que se mencionó respecto a la mortalidad materna, nuestro país tiene una larga experiencia en afrontar este desafío, y es necesario para seguir mejorando que no se lo considere un problema del pasado.

Enfermedades inmunoprevenibles. Este corresponde a uno de los temas que se abordó con gran éxito el siglo pasado, produciendo los descensos comentados en materia de mortalidad infantil tardía, fruto de la atención sanitaria y las coberturas de vacunación, pero también gracias a la mayor educación de las madres. Dentro de los Objetivos Sanitarios, el Objetivo Estratégico N.º 1 indica: "Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico (MINSAL, 2011). El objetivo estratégico de mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las enfermedades transmisibles es mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas en cero: Rabia por virus canino, malaria, dengue, cólera, difteria casos autóctonos, poliomielitis, etc. La poliomielitis está erradicada en Las Américas, pero esto no significa que no existan desafíos.

Es necesario fortalecer la vigilancia epidemiológica ante el riesgo de aparición de casos de polio vaccinal (no salvaje). Además, Chile, como todos los países del globo, es parte de la iniciativa de Erradicación de la Polio; por eso participó en el denominado "Switch", donde se cambió la vacuna trivalente oral contra la poliomielitis (tOPV), que utiliza virus vivos atenuados, y por lo tanto existía una mínima posibilidad de que se presentaran casos aislados relacionados con la vacuna, para continuar utilizando la vacuna bivalente oral (bOPV), en un esfuerzo sincronizado a nivel mundial a partir del 2016. Esta vacuna sólo cuenta con los componentes Poliovirus 1 y 3, eliminando el componente Poliovirus 2, al que se ha atribuido la mayor parte de los casos de polio vacunal (Subsecretaría de Salud Pública, 2015). En su reemplazo, desde el año 2016 se administra una dosis de vacuna polio inyectable, que contiene virus muertos de los tres subtipos, para así mantener coberturas de inmunización elevadas.

Desde el año 1996 que no se confirman casos de difteria en nuestro país. Sin embargo, nos encontramos en marzo 2017 con una alerta sanitaria en la Región de Las Américas desde OPS, dados los brotes registrados en Haití, República Dominicana y la República Bolivariana de Venezuela (OPS, 2016a). Esto nos obliga a mantener coberturas apropiadas de vacunación. También el año 1996 fue el último caso registrado de tétanos neonatal. Sin embargo, se han registrado casos de tétanos en otros países donde las coberturas de vacunación han disminuido, situación que obliga a reforzar la importancia de las vacunas en nuestro país.

La región de Las Américas fue la primera región declarada libre de sarampión el 27 de septiembre del año 2016 (OPS, 2016b). Pese a esto, existe un riesgo permanente de importación de casos, que, sumados a una disminución en la cobertura de vacunas, puedan restablecer la transmisión endémica. El año 2015 registramos el último brote de sarampión, donde el caso índice, importado desde China, tuvo como consecuencia un total de 9 casos en la Región Metropolitana (Vásquez de Kartzow, 2015).

Con todos estos antecedentes, se hace necesario revisar la situación actual de las coberturas del Programa Nacional de Inmunizaciones y promover estrategias educativas en la población para disminuir el rechazo a la vacunación.

Cuadro 22: Coberturas de vacunación en Chile (% población objetivo), período 2005-2016

Vacuna	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BCG	95	98	98	99	95	96	91	92	98	98	93	97
DTP3	91	94	96	95	94	92	94	90	91	95	96	95
DTP4										90	90	88
HepB3		95	92	95	94	92	94	90	90	95	96	95
Hib3	91	94	96	95	94	92	94	90	90	95	96	95
MCV1	90	91	92	96	93	93	91	90	90	97	96	93
MCV2	96	95	95	89	89	84	77	74	78	88	89	87
PCV1							83	90	92	98	97	99
PCV3							55	82	79	92	90	-
Pol3	92	94	95	95	94	92	93	90	90	95	96	96

BGC (Baccille Calmette Guérin vaccine: Antituberculosis), DTP (Difteria, Tétanos, Tos Ferina: 3ª y 4ª dosis), HepB3 (tercera dosis Hepatitis B), Hib3 (tercera dosis Haemophilus influenzae B), MCV (Measles-containing vaccine: 1ª y 2ª dosis), PCV (conjugada contra neumococo: 1ª y 3ª dosis), Pol3 (tercera dosis polio).

Fuente: WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2016 global summary (WHO, 2017)

Como mencionamos anteriormente, el control de las enfermedades inmunoprevenibles depende de la inmunidad de rebaño, es decir, que una proporción suficiente de la población se encuentre inmunizada. Esto tiene implícito un concepto de solidaridad, dada la existencia de población susceptible a estas enfermedades que no pueden recibir la vacuna personalmente (edad fuera del rango de vacunación, estado de inmunosupresión, alergia a algún componente de la vacuna, entre otros) y, por lo tanto, se ven beneficiados por la cobertura vaccinal de la población que los rodea. La aparición de casos y brotes es extremadamente sensible a la mantención del umbral de rebaño protector. Podemos vernos enfrentados a enfermedades reemergentes, incluso ante caídas discretas de la inmunidad a nivel poblacional.

El acceso a vacunas, considerado un derecho, ha enfrentado cuestionamientos a partir de 1990. En nuestro país se produjo un debate por la presencia de Timerosal como preservante (Muñoz et al., 2007) que llevó a presentar el año 2013 un proyecto de ley para excluirlo de las vacunas, el que fue aprobado en la Cámara baja y en la alta, a pesar de las declaraciones entregando evidencias en contra de su implementación por parte de todas las sociedades científicas y organizaciones involucradas (Infectología, Pediatría, Neurología, Comité asesor de vacunas del Ministerio de Salud, Instituto de Salud Pública, Organización Panamericana de Salud). Se requirió el 2014 del veto presidencial para impedir su promulgación. Este hecho da cuenta de un problema grave en la estructura del estado chileno, que dirige al poder legislativo un tema de resorte exclusivamente técnico y propio del ejecutivo a través del sector correspondiente. En una línea similar, la vacuna contra el virus papiloma durante el año 2016 recibió recursos de protección para impedir su administración en algunos casos, en un primer momento se dictó orden de no innovar, llegando hasta la Corte Suprema, que la rechazó. Ahora es el poder judicial el que toma cartas en un tema ejecutivo propio del sector salud.

Actualmente, Chile se encuentra peligrosamente bajo el umbral de rebaño en varias de las enfermedades aquí comentadas. Por ejemplo, para mantener bajo control al sarampión, una de las enfermedades más contagiosas que conocemos, se necesita una cobertura mayor al 94% de la población. Podemos apreciar el riesgo de la reemergencia al encontrarnos con un 87% de cobertura real. Estas cifras corresponden a promedios, existiendo comunas con coberturas muy inferiores y que constituyen bolsones de población susceptible. Al reflexionar sobre las razones de esta disminución de la cobertura, podemos mencionar algunas causas probables, entre ellas: que las vacunas podrían estar siendo víctimas de su propio éxito, dada la falta de memoria sobre los efectos y magnitud del daño que causaban los brotes históricos, cuando estas enfermedades eran temidas por sus consecuencias devastadoras en la salud de la población. Otra causal podría ser la falla comunicacional de las autoridades y equipos de salud, que no logra transmitir confianza y seguridad en las vacunas para contrarrestar la información falsa que abunda en redes sociales y medios de comunicación. Lo cierto es que no comprendemos a cabalidad el fenómeno de la reticencia a la vacunación. Debemos hacer un esfuerzo para proponer soluciones adecuadas y aumentar las coberturas de vacunación para mantener los umbrales de protección de rebaño, ya que pese a ser una obligación legal, cada año disminuyen peligrosamente las coberturas, poniendo en riesgo a la población. El sector salud en este tema necesita posicionarse mejor, para que no se repitan las paradojas del poder legislativo y el judicial tomando determinaciones en este campo.

5 **Adoptar un enfoque de salud centrado en las personas que permita hacer que ellas participen de las decisiones, se hagan responsables de su salud, sean activas en el proceso de atención y apoyen el control de la actuación de seguros, prestadores y proveedores.**

Parte de la construcción de ciudadanía, es la activa participación en salud, en lo que Chile puede mostrar avances limitados. Aunque la última Reforma de Salud estableció espacios de participación tanto en Servicios de Salud como en la Autoridad Sanitaria, representada a nivel local por las Seremis de Salud; ella es sólo de carácter consultivo y no es vinculante. A nivel local hay iniciativas de aumentar efectivamente la participación, con acciones tales como presupuestos participativos en algunos establecimientos de atención primaria de salud. Una comunidad que no tiene efectiva participación, no se sentirá plenamente responsable de su salud. Es necesario promover prácticas que la aseguren para avanzar en su compromiso.

En el año 2016 la OMS lanzó su marco de servicios de salud integrados centrados en las personas (WHO, 2016b) orientado a introducir cambios drásticos en la forma como los sistemas de salud financian, administran y entregan atenciones de salud a las personas. Específicamente, se plantea la necesidad de organizar el sistema de salud en torno a las necesidades de las personas, y no en torno a la oferta de servicios, de manera de mejorar la coordinación, respetando sus necesidades y preferencias, la seguridad, efectividad, oportunidad, accesibles y de calidad aceptable. Para estos efectos, este marco propone cinco estrategias: Empoderar y hacer participar a las personas; fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas; reorientar el modelo de atención; coordinar los servicios de salud; y, crear un ambiente que posibilite los cambios propuestos. Chile debería acometer con decisión la adopción de este enfoque para impulsar cambios profundos en el financiamiento del sistema de salud chileno a nivel público y privado y en la organización y administración de la oferta de pública de servicios.

6 Mejorar la capacidad de respuesta de nuestro Sistema de Salud ante las Catástrofes.

Viendo la historia de nuestro país, las catástrofes no son emergentes, pero sí lo es la apropiación del problema por parte del sector salud.

Sólo en los objetivos sanitarios 2011-2020 aparece el tema como prioridad del sector, seguramente influenciado por el severo impacto que tuvo el terremoto y tsunami del 2010.

Se coloca como meta el que para el 2015 el 50% de las instituciones de salud cuenten con planes de gestión del riesgo aprobados y 90% el 2020. El concepto Hospitales Seguros, sin embargo, tomará largo tiempo en implementarse, dado que para el 2015 se define la meta de 15 hospitales acreditados con norma de seguridad, planteándose que para el 2020 sean 30 los establecimientos con elevadas normas de seguridad.

En el marco del Reglamento Sanitario Internacional se ha avanzado en instalar en las regiones equipos de respuesta rápida, entrenados, equipados, con capacidades para actuar tanto frente a catástrofes como ante brotes epidémicos. Se requiere sí aumentar esa presencia, ya que se hace insuficiente.

Es de hacer notar los enormes daños que las catástrofes han significado al sector salud, como muestra la siguiente tabla:

Cuadro 23: Daño en hospitales por terremotos. 1960-2010

AÑO	ESTABLECIMIENTO
1960	Hospital de Valdivia destruído y otros con daños mayores y medianos
1985	Reposición de 6 hospitales, 11 consultorios y 19 postas (Zona Central)
1987	Hospital de Arica, daños severos
1995	Antofagasta, Vallenar y Copiapó, daños
1997	Coquimbo daños severos, ovalle, Salamanca e Illapel daños medianos
2001	Arica daños severos
2005	Iquique, consultorios y postas daños menores
2007	Tocopilla daños mayores
2010	135 hospitales afectados / 12 quedaron inutilizables / 31 con daños recuperables

Fuente: Archivo Departamento de Emergencia y Desastres, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010, Comité de Reconstrucción (OPS, 2010).

El año 2010, el terremoto y tsunami no sólo significó pérdida de vidas, sino un grave daño estructural en salud, como muestra la tabla anterior. Como ha sido tradicional frente a las adversidades, recibimos apoyo internacional para superarlo, el cuadro siguiente muestra cuán precoz y extensa fue la solidaridad internacional que recibimos. Ya al tercer día se recibió ayuda consistente en hospitales de campaña de parte de Cuba y Perú, al cuarto de Brasil, y más tarde de Rusia y USA. La cruz Roja internacional se hizo presente desde varios países con hospitales de campaña (OPS, 2010).

Cuadro 24: Hospitales de campaña, fase de emergencia inmediata, 2010

Hospitales de campaña con fecha de instalación	Ubicación	camas básicas	camas críticas	pabellones
Cuba (2 marzo)	Rancagua	20	4	1
Ejercito de Chile (1 de marzo)	Curicó	75	0	0
Fuerzas Armadas Argentinas (7 de marzo)	Curicó	20	4	2
Ejercito de Chile (1 de marzo)	Talca	25	0	0
Ejercito de Chile (3 de marzo)	Talca	20	4	1
Cruz Roja Japón*	Parral	20	0	0
Ejercito de Chile	Cauquenes	25	0	0
Ejercito de Chile (4 de marzo	Constitución	25	0	0
Cruz Roja España *	Hualañé	20	0	0
Cuba (22 marzo)	Chillán	36	4	1
Ejercito de Chile (3 marzo)	Chillán	25		
Fuerza Aérea de Chile (2 marzo)	Curanilahue	15	0	1
Perú (2 marzo)	Hualpén	20	4	2
Ejército de Chile	Talcahuano	25	0	0
Cruz Roja Noruega 823 marzo)	Pitrufquen	60	0	2
USA* (9 marzo)	Angol	75	0	2
Brasil (3 marzo)	Cerro Navia	20	2	1
Rusia (6 marzo)	Puente Alto	16	4	3
		517	26	16

Fuente: MINSAL. Informe Coordinación Nacional de Reconstrucción Hospitalaria. Junio 2010 (OPS, 2010)

A las catástrofes habituales el cambio climático agrega nuevos problemas. Según Germanwatch, el 2015 Chile estuvo entre los 10 países más afectados en el mundo por el cambio climático (Germanwatch, 2017):

Es así como se ha debido enfrentar un alto número de incendios de gran magnitud (Valparaíso, abril 2014, Regiones de Coquimbo a Los Lagos en enero-febrero 2017), producto de sequías; y de aluviones. (Atacama, Antofagasta y Coquimbo en marzo 2015; Metropolitana y O'Higgins en marzo 2017). Estos eventos han provocado gran devastación, pérdida de vidas y alto impacto económico.

Buenas prácticas:
Existen muchos modelos de preparación, respuesta y recuperación. Entre ellos se pueden citar: EDAN (Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades), con enfoque en salud, de OMS, otros de UNICEF.

Se requiere incorporar las catástrofes desde la formación de pregrado en las carreras de la salud, e incrementar la acreditación de riesgos de todos los establecimientos asistenciales.

También incorporar la preparación, respuesta y recuperación ante catástrofes en la capacitación continua de los equipos de salud.

4. Los cambios estructurales que siguen a la estrategia sanitaria, según el Instituto de Salud Pública Andrés Bello (ISPAB).

4.1. Introducción

Tal como se ha ido evidenciando a lo largo del análisis expuesto en este texto, la mayor parte de las propuestas de cambio al modelo de salud chileno presentadas en el período 2010-2014 se plantearon sobre la base de un diagnóstico relativamente similar respecto de la problemática que enfrenta el sistema de salud.

Sin embargo, a nuestro juicio dicho diagnóstico adolece de una visión de Salud Pública. Es debido a lo anterior, que consideramos relevante elaborar una propuesta desde la mirada de la Salud Pública planteando un conjunto de desafíos que deberán ser abordados por cualquier innovación que se quisiera introducir al sistema sanitario en los próximos años.

En su planteamiento el Instituto de Salud Pública Andrés Bello ISPAB no niega la historia del sistema de salud chileno y los avances alcanzados por sus últimas Reformas, especialmente la del 2005, que abordó un conjunto de transformaciones que fueron clases en su impacto al conjunto del sistema.

En esta última Reforma se pretendió redefinir la organización funcional del sistema de salud público, separando claramente los roles de definición de políticas y de formulación y evaluación en salud pública, del rol de financiamiento y del de prestación de servicios de salud. Para estos efectos, se propuso un marco legal amplio que permitiera, a cada entidad responsable, cumplir con las nuevas funciones.

Asimismo, se redefinió el modelo de atención, y se estableció que el centro de las políticas públicas de salud para enfrentar los desafíos epidemiológicos de las enfermedades crónicas y los que provienen del envejecimiento de la población, son las acciones sectoriales e intersectoriales en los ámbitos de fomento, protección, y en la prevención en salud en sus diferentes niveles.

Se buscaba evitar que la población enfermara de diagnósticos específicos claves. Esto a través del diseño de soluciones costo-efectivas para las diferentes áreas de problemas de salud, de forma tal que el sistema de salud -como aparato prestador de servicios de salud- actuara ante las urgentes necesidades de la población.

En ese contexto, se visualizaba un primer nivel de atención con una gran capacidad para desarrollar acciones de fomento, protección y prevención de la salud, junto con una fortalecida capacidad resolutiva para el cuidado de la morbilidad. Los niveles siguientes sólo deberían actuar prestando atenciones de salud complejas, sólo cuando todo lo anterior hubiera fallado o cuando un problema de salud -por su evolución natural- requiera medicina de mayor complejidad.

Las reformas más débiles en el proceso del 2005 fueron las que abordaron el sistema asegurador privado y público. El FONASA no fue abordado y al sistema de ISAPREs se le introdujeron cambios menores de carácter funcional. La reforma al financiamiento del sistema de salud, en su conjunto, tampoco fue abordada por falta de mayorías políticas, por lo que la inequidad en el acceso al sistema de salud se sigue profundizando a pesar de la Reforma AUGE y del crecimiento del gasto fiscal, el cual se expandió a un ritmo cercano al 10% promedio al año en los últimos diez años.

A más de una década de la Reformas AUGE, se ha avanzado en algunos cambios interesantes, tal como la instalación del concepto de derechos en salud y el establecimiento de garantías explícitas establecidas por ley. Sin embargo, las garantías más importantes, la de oportunidad y la de calidad en la atención, no han sido posibles de lograr plenamente.

A juicio del ISPAB, el hecho que en el primer y segundo gobierno de Bachelet se haya entregado la gestión del sector salud a equipos técnico-políticos, opuestos a las reformas aprobadas el 2005, impidió que éstos asumieran e implementaran el conjunto de cambios que hacían posible la verdadera reforma: Separación de funciones en el sistema público; fortalecimiento de la Superintendencia de Salud para fiscalizar al sistema público y privado; transformar el rol del MINSAL; y, redefinir absolutamente el concepto de redes de servicios de salud. Todos estos, factores esenciales para poder enfrentar el crecimiento de la demanda por volumen y calidad de servicios que el sistema iba a requerir como producto de la instalación del Régimen de Garantías Explícitas de Salud.

El cambio en el modelo de atención en este período no avanzó con la fuerza que se establecía en la Reforma AUGE, por la incapacidad para diseñar e impulsar políticas públicas de salud orientadas a controlar en forma eficaz las enfermedades crónicas.

El MINSAL no tomó la decisión política de entregar la gestión -directa o indirecta- del sistema prestador público, hipertrofiando la Subsecretaría de Redes Asistenciales y minimizando la importancia de la Subsecretaría de Salud Pública. Lo anterior, junto con una falta de claridad política impidió que la Subsecretaría de Salud Pública desarrollara las competencias para diseñar, impulsar y evaluar políticas de salud pública y se transformara en el brazo ejecutor del MINSAL para enfrentar los desafíos sanitarios del país.

Por su lado, el Gobierno de Piñera fue un paréntesis de cuatro años en la historia sectorial, en que se administró lo que existía y se intentó mejorar la gestión financiera, pero sin conocer el funcionamiento del sector, lo que minimizó el potencial impacto de algunas medidas que se intentaron aplicar, como por ejemplo instalar en el sector los GRD como instrumento para asignar financiamiento a los hospitales y comprar servicios al sector privado. En el ámbito de la prestación de servicios de salud, se cedió a la captura de los gremios, evitando a cualquier costo todo conflicto para mantener una aparente tranquilidad. Resultado de lo anterior, en este período no

hubo huelgas importantes, pero se olvidó que con dicha estrategia se consolidaba la captura del sistema de salud pública prestador por parte de los gremios, siendo éstos invariablemente el principal freno para las grandes transformaciones del sistema público de salud, ya que ven en los cambios pérdidas de su poder.

Las consecuencias de estos tres últimos períodos de gobierno posteriores a la Reforma en el Sistema Público prestador, es que se ha podido observar un fuerte crecimiento del gasto en salud, una baja en la productividad, un aumento desmedido en la deuda hospitalaria y en las listas de espera. Sin embargo, las mayores consecuencias aún no se perciben. Éstas dicen relación con una creciente debilidad del sistema público de salud para hacer frente a una ciudadanía más empoderada que quiere soluciones "aquí y ahora", lo que se ha convertido y seguirá siendo una fuente de creciente conflicto sectorial.

Por otra parte, creemos que para abordar un cambio en el modelo de atención del sistema de salud chileno no se requieren necesariamente nuevos cambios al marco legal vigente, ya que éste permite al sector impulsar en forma decidida todas las políticas que permitan que el MINSAL cumpla con su rol. Por otro lado, el FONASA es, desde el año 2000, un seguro público y cuenta con un marco legal ad-hoc, el cual no ha sido utilizado como tal, prueba de ello es que transcurridos 17 años aún no se dicta el reglamento de la Ley 19.65.

El presente diagnóstico, respecto de la Reforma AUGE, ha llevado al ISPAB a centrar su propuesta principalmente en las reformas no abordadas el 2005, de tal forma de dar tiempo a que estas reformas se implementen verdaderamente, y sólo una vez que se evalúen, se avance en rediseños o en cambios más profundos.

Parece poco responsable adentrarse en una nueva reforma sectorial al sistema de salud, cuando aún no se han implementado muchas de las reformas propuestas en el año 2005 y se sigue operando en la actualidad como si dichos cambios nunca se hubieran votado y no fueran leyes de la República.

Respecto de los cambios implementados -por ejemplo, el plan AUGE-, estos no se han evaluado de forma tal de tener evidencia que señale que ha funcionado y que no, de manera que sirva de insumo para una nueva fase de cambios y transformaciones. No se sabe aún, si el establecimiento de garantías explícitas ha sido bueno para la gente y si existe un medio para apoyar el cambio en el modelo de atención de salud en Chile. Datos de algunas encuestas nos dicen que la gente valora el AUGE, pero no hay estudios concluyentes al respecto.

En consecuencia, en la propuesta que a continuación se presenta nos enfocaremos principalmente en "las reformas ausentes en el proceso de Reformas del 2005", es decir, las que afectan al financiamiento y perfeccionan la regulación del sector. A continuación, aprovechando el marco legal vigente, se abordan mejoras en los ámbitos de aseguramiento y prestación de servicios de salud públicos.

La propuesta del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello ISPAB consta de distintas fases para abordar el proceso de reforma que requiere el sistema de salud, las que en su conjunto tomarían un período de entre 12 a 15 años para su implementación.

Así, la propuesta se estructura bajo una visión de 3 fases: Una primera fase, denominada "Renovación y Fortalecimiento" que plantea el camino para los próximos 4 a 5 años. Una segunda fase que hemos llamado "Homologación e Integración" que complementa reformas para los

subsiguientes y cuya implementación tardaría 4 a 5 años. La tercera fase será la de "Consolidación" que comprendería desde el año 8 ó 10 en adelante, etapa en la que se evalúan los avances alcanzados, para responder a la pregunta **¿Se logró dar solución a la problemática planteada?** Si la respuesta es afirmativa, no sería necesario una redefinición mayor del Sistema de Salud. Por el contrario, si la respuesta es negativa, podemos avanzar en una nueva redefinición respecto del tipo de sistema de salud que se desea para Chile.

Estimamos que las dos primeras fases de la propuesta comprenden los avances necesarios para superar el estancamiento en el que se encuentra actualmente el sistema de salud chileno. Lo anterior en ningún caso es un obstáculo para el desarrollo de una nueva discusión que considere la definición del tipo de sistema de salud que deseamos tener como país, tome éste la forma de un Seguro Nacional de Salud, Seguro de Salud Social u otro que se defina y acuerde.

4.2. Primera Fase de Reforma "Renovación y Fortalecimiento"

"Visión: Un sistema de seguridad social privado renovado y con certeza jurídica y un FONASA y prestadores públicos fortalecidos y modernizados"

Hoy en día, tanto las ISAPREs como el sistema público de salud, son instituciones cuestionadas, lo que se traduce en un sistema de salud falto de legitimidad ciudadana.

En el caso de los seguros privados de salud la principal crítica se refiere a la forma en que se determinan las primas, diferenciadas por sexo y tramos de edad y reajustadas periódicamente. La regulación actual ha sido incapaz de hacer frente a esta problemática, lo que se ha traducido en pérdida de confianza en la Superintendencia de Salud -como última instancia de resolución de conflictos entre el seguro y sus asegurados-, obligando a sus afiliados a recurrir a la justicia ordinaria. Esta última, cabe señalar, ha dirimido, sistemáticamente, en favor de los asegurados, congelando las primas de sus seguros.

Por su parte, en el caso del seguro público FONASA, la principal crítica se refiere a su incapacidad de satisfacer las necesidades de sus asegurados, principalmente en lo relacionado con los bajos niveles de cobertura financiera en la Modalidad de Libre Elección y en la inexistencia de cobertura ambulatoria de medicamentos, así como la insuficiente calidad percibida de las atenciones recibidas en el SNSS (el principal proveedor de servicios de FONASA), a lo que se suman las abultadas listas de espera.

Los cambios, en esta primera fase, no requieren como elemento central una nueva legislación, sino que pueden realizarse dentro del marco de normas jurídicas vigentes, pero aplicadas bajo una concepción que capture el espíritu de la Reforma AUGE. La excepción la constituye la necesidad de: a) La legislación a nivel de las ISAPREs –cambios que además se encuentran pendientes desde hace tres gobiernos- y los ajustes a las normas de FONASA para hacer consistente el sistema a nivel de seguros en esta primera fase de transición y b) La legislación para introducir al sistema la evaluación de tecnologías sanitarias ETESA.

4.2.1 Plan Garantizado de Salud Universal

Introducción

El Plan Garantizado de Salud Universal, puede ser el pilar sobre el cual se construya la equidad horizontal en el sistema de salud, esto es, igual tratamiento frente a igual necesidad, independiente de las características socioeconómicas del beneficiario. A menudo se utiliza la definición (Culyer & Wagstaff, 1993) "necesidad es el gasto requerido para saciar la capacidad de benefi-

ciarse de las atenciones de salud". En otras palabras, el gasto preciso para que la persona alcance la máxima salud que le sea posible. Sin embargo, las sociedades cuentan con recursos limitados, por lo que la definición anterior no puede saciarse completamente. Por el contrario, sólo se podrá responder parcialmente a las necesidades. El plan garantizado de salud se convierte en una herramienta a través de la cual la sociedad puede definir aquella parte de las necesidades que el sistema de salud se hará responsable de satisfacer prioritariamente.

Como eje ordenador del sistema de salud se propone crear un Plan Garantizado Universal de Seguridad Social en Salud (Sánchez & Inostroza, 2011), a través del cual el Estado cumplirá con la garantía constitucional de protección de la salud. El concepto del plan debería quedar establecido en la Constitución con dos propósitos:

- Ser aún más concretos y explícitos respecto de la garantía constitucional actual.
- Evitar a futuro interpretaciones que nuevamente abran espacio a la judicialización del sistema tanto en el sector público como privado.

Se propone que esta incorporación sea lo suficientemente flexible para facilitar su adaptación a los cambios que sea preciso introducir en el futuro, a consecuencia de nuevas necesidades de la población, innovaciones tecnológicas en el ámbito de la medicina y evidencia de costo-efectividad de las soluciones. Adicionalmente, en la institucionalidad del plan se debe considerar la participación de la ciudadanía, a través de comités consultivos y audiencias para grupos de la sociedad.

Características del Plan de Salud Garantizado Universal:

- **Concepto y rol:** El plan garantizado de salud universal, más que un listado de prestaciones y/o soluciones debe ser concebido como un instrumento que define el modelo de atención del sistema de salud del país en su conjunto. En este sentido, define el marco de incentivos para que las instituciones aseguradoras, prestadoras y todos los actores que intervienen en el sector salud desde el ámbito público y privado orienten sus esfuerzos en organizar un sistema de salud en base a soluciones para los problemas de salud prioritarios y prevalentes, con altos niveles de calidad y eficiencia. En efecto, el plan de salud debería fomentar la intersectorialidad en el diseño e implementación de las soluciones a los problemas de salud, pero también debería estimular un cambio en los modelos de funcionamiento (sector público) y/o de negocio (sector privado) tanto de los aseguradores como de los prestadores, orientándolos a diseñar y aplicar en forma intensiva modelos de gestión de grupos de riesgo para segmentarlos e identificar sus problemas prevalentes en salud, sus causas y focalizarse en el diseño de soluciones costo-efectivas, donde se compartan riesgos entre aseguradores y prestadores.

- **Transparente y costo-efectivo:** A partir del diseño del plan de salud universal, el MINSAL debería dirigir sus esfuerzos al diseño de estrategias de salud pública que orienten el desarrollo del sector salud –público y privado- y al desarrollo de competencias para la evaluación de costo-efectividad de: las soluciones, tecnologías, medicamentos y procedimientos que serán incorporados en el plan.

- **Universal:** Igual para todos los beneficiarios, independiente de sus características (sexo, edad, nivel de ingreso, condición de salud, etc.). En la primera fase, este plan se calcula y financia para el seguro público y se calcula y financia para los seguros privados, ambos en forma separada. Sin embargo, en la segunda etapa, este plan será idéntico para los seguros públicos y privados.

- **Prima Comunitaria:** El costo de este plan será único, independiente de las características (sexo, edad, nivel de ingreso, condición de salud, etc.). En la primera fase el costo del plan para los beneficiarios del seguro público y seguros privados tendrán primas distintas. Para estos efectos existirá un fondo de compensación de riesgos entre seguros privados. (ver Fondo de Compensación de Seguros Privados). En la segunda fase, la prima será única, independiente del seguro al que pertenezcan y el fondo de compensación incluirá a todos los asegurados (de seguros público y privado).

- **Integral:** Comprende toda la cobertura que la sociedad ha definido como necesidad prioritaria. De esta manera, para efectos del aseguramiento de la salud los beneficiarios no necesitarán ningún tipo de aseguramiento adicional y/o complementario. Es importante hacer notar que este plan no puede ser estático, por el contrario, debe ser flexible y capaz de adaptarse a los cambios en las necesidades de la población, innovaciones tecnológicas en el ámbito de la medicina y evidencia de costo-efectividad de las soluciones. Por otra parte, en conjunto con su carácter curativo, debe considerar acciones de prevención en salud. Por último, cualquier aseguramiento adicional y/o complementario será absolutamente voluntario. (ver cobertura complementaria)

- **Priorizado:** El MINSAL será el responsable de la definición de los problemas a ser cubiertos por el plan, a la luz de los mecanismos institucionales definidos para estos efectos. Por ejemplo, el plan podría incluir el conjunto de servicios, recursos, soluciones y problemas de salud que representen la mayor proporción de la carga de enfermedad evitable.
- **Garantista:** Los tratamientos, soluciones y/o prestaciones deberán tener garantías explicitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera (deberá considerar un tope de gasto total de bolsillo por evento de salud). La Superintendencia de Salud será el organismo encargado de fiscalizar el cumplimiento de los beneficios del Plan y sus garantías explicitas, por parte de los seguros, tanto públicos como privados.

- **Autónomo:** Los seguros de salud (público o privados) deberán proveer el plan como un producto independiente de otros productos. Se deberán definir mecanismos institucionales que le permitan a las instituciones de la Seguridad Social definir la cobertura financiera posible de ser financiada de manera sostenible. Los beneficiarios podrán adquirir los beneficios del plan sin necesidad ni obligatoriedad de adquirir cobertura complementaria y/o adicional. Se prohibirá explícitamente la venta atada de plan garantizado, más algún plan complementario.

Tareas a nivel del subsector asegurador y prestador público:

- **Plan garantizado universal de transición.** Para el seguro público, se debe diseñar un Plan Garantizado Universal de transición, que a lo largo del plazo de 5 años evolucione para ser equiparable al Plan Garantizado Universal definitivo entregado por los seguros privados. Este proceso gradual debe mantener los equilibrios fiscales y evitar un desfinanciamiento del sistema público de salud. Lo que, sin lugar a duda, implicará aumentar significativamente el financiamiento público.

- **Aporte fiscal al seguro público en base al costo del Plan.** Reestructurar el aporte fiscal de manera tal que se organice en torno al costo del plan garantizado universal que esté vigente, de manera capitada en cada periodo, lo que actualmente posibilita la Ley 19.650.

- **Financiamiento de prestadores públicos.** Avanzar en que el financiamiento de los prestadores públicos esté directamente relacionado con su producción y eficacia en el enfrentamiento de los problemas de salud de su población. En el caso de los hospitales, que su presupuesto provenga del programa de prestaciones valoradas (PPV), reduciendo el componente de presupuesto histórico (programa de prestaciones institucionales, PPI) y ligando este último a criterios objetivos (no-discrecionales). Se hace conveniente acelerar el paso del actual sistema Pago Asociado a Diagnósticos (PAD) a los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), o alternativamente generar un sistema de clasificación de pacientes más robusto para los PAD. La idea es equilibrar el uso de mecanismos de pago que permitan la priorización sanitaria y la contención técnica de los costos en salud, junto con transparentar los niveles de eficiencia y productividad con que funcionan las redes públicas de prestadores, sin que con ello se generen incentivos con efectos inflacionarios del gasto público de salud.

- **Fortalecimiento de la Atención Primaria.** La atención primaria de salud (APS), debe consolidar su actual nivel de resolución y velar por la pertinencia y continuidad de la atención desde el primer nivel al nivel secundario, para lo cual deben establecerse mecanismos de incentivos específicos. Adicionalmente, debe relevarse su rol promocional y preventivo, particularmente en el campo de la atención de las enfermedades crónicas, tercera edad, la salud mental y las acciones de rehabilitación. En este contexto, debe incentivarse el trabajo de la APS con enfoque comunitario, impulsando la coordinación con las organizaciones comunitarias (educacionales, laborales, vecinales, deportivas, etc.) para promover la salud y prevenir la enfermedad.

- **Fortalecimiento de los prestadores públicos.** Para efectos del otorgamiento del plan en el seguro público se debe fortalecer la capacidad prestadora del sector público. Esto implica implementar la autogestión hospitalaria tal como fue concebida inicialmente, es decir, entregando grados de autonomía y responsabilidad más importantes a los hospitales. Paralelamente, se requiere avanzar en la reingeniería de procesos hospitalarios, utilización e integración de sistemas de gestión hospitalaria, particularmente impulsar la inversión y el desarrollo en la infraestructura informática sectorial (ficha electrónica, agenda electrónica, etc.), avanzar con la inversión hospitalaria, entre otros. Sacar el máximo posible de eficiencia y calidad al modelo de hospitales autogestionados, principalmente a través del perfeccionamiento de la gestión y compensación de recursos humanos:

    - Resolver el problema de los niveles de renta de los directivos y flexibilizar aún más las limitaciones que aún les impone la Alta Dirección Pública.
    - Utilizar "realmente" las diferentes herramientas que este modelo dispone para gestionar los recursos humanos en los ámbitos clínico y administrativo, profundizando los sistemas de remuneraciones relacionándolas más directamente con mayores y mejores niveles de productividad y calidad.

- **Perfeccionar políticas e incentivos en recursos humanos.** Es necesario definir políticas y fuertes incentivos en recursos humanos para la formación de especialistas. Esta es una tarea que debe recaer en el Ministerio de Salud y no en los servicios y hospitales, a quienes no les corresponde regular el mercado del trabajo. El programa de especialización alternando en 6 años la atención primaria y la especialización en el hospital, constituye una experiencia que se aprecia promisoria por su efecto positivo durante el desempeño en la APS. La capacidad de formación de especialistas requiere de un esfuerzo especial de las facultades de medicina, integrando los campos clínicos disponibles en el país tanto en el sector universitario, público, privado, mutuales y Fuerzas Armadas. Se requiere que:

  - Los centros y los programas de formación estén debidamente acreditados y dotados de las condiciones necesarias para la especialización (especialistas, equipos y tecnología).

  - Se definan incentivos para las especialidades en falencia.

  - Los médicos en formación cuenten, al menos transitoriamente hasta resolver las brechas actuales, con alternativas de financiamiento públicas que cubran los costos de la formación y dedicación exclusiva, con el compromiso de destinación posterior por un período equivalente al de la formación.

  - Los cupos de formación sean regulados por el Ministerio de Salud según requerimientos nacionales.

- **Perfeccionar mecanismos de compra a privados.** Para el otorgamiento de beneficios de las modalidades institucional y de Libre Elección, el seguro público debe perfeccionar los mecanismos de compra, avanzando desde compra de prestaciones hacia compra de soluciones a privados (tipo PAD, GRDs, Pagos por desempeño, etc.).

Tareas a nivel del subsector privado:

- **Plan garantizado universal definitivo.** Para los seguros privados se debe diseñar el Plan Garantizado Universal definitivo, según las características enunciadas con anterioridad. Cabe hacer notar que este plan es la meta a la cual debe llegar el seguro público. En los seguros privados, éste se puede implementar desde el inicio.

- **Instituciones Privadas de la Seguridad Social en Salud.** Transformar las actuales ISAPREs en las Instituciones Privadas de la Seguridad Social en Salud, cuyo rol sea el otorgamiento de los beneficios consagrados en el Plan Garantizado Universal, sin selección al ingreso, libre movilidad entre seguros, prima plana regulada y coberturas vitalicias.

- **Fondo de compensación de riesgo entre los seguros privados.** Para efectos de poder cobrar una prima plana por el plan universal, se hace necesaria la creación de un fondo de compensación de riesgo entre seguros privados. (ver Fondo de Compensación).

- **Movilidad de beneficiarios.** Con el objetivo de evitar migraciones que puedan desestabilizar los subsistemas, se deberá regular el traspaso de población entre los subsistemas.

Tareas a nivel institucional:

- **Institucionalidad del Plan.** Crear una institucionalidad para el Plan Garantizado Universal, que defina contenidos, cobertura y precio del mismo, pero que además evalúe el impacto de las soluciones que se incorporen en el referido plan en la población. La evaluación de sus reformas ha sido una deficiencia permanente en el sistema de salud chileno.

- **Superintendencia de Salud.** Fortalecer la Superintendencia de Salud para otorgarle plena autonomía para ejercer su rol fiscalizador de seguros y prestadores, público y privados.
  - Se recomienda establecer un cambio legal para la designación y mantención en el cargo de Superintendente de Salud. Podría elegirse por alta dirección pública una terna que sea dirimida en el Senado u otro mecanismo que políticamente otorgue garantía de independencia del MINSAL, toda vez que deberá fiscalizar el aparato público prestador y asegurador que depende de esa cartera.

- Se sugiere que el Superintendente tenga a lo menos seis años en el cargo, dos más que el período presidencial de 4 años y se recomienda la necesidad de perfeccionar las disposiciones legales que le permitan aplicar un sólo marco regulatorio para el sistema público y privado, asegurador y prestador.

- **Institucionalidad para la evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA):** Si el país quiere realmente avanzar en los ámbitos de privilegiar intervenciones de calidad y de costo efectividad comprobada, se hace necesario el desarrollo de una institucionalidad que tenga la función de la evaluación de tecnologías sanitarias, tal como hoy día sucede en los países de la OECD. Esta institucionalidad debe ser técnicamente sólida, contar con financiamiento público, ser absolutamente independiente del MINSAL, con una generación de sus autoridades y gobierno corporativo propio. El Estado debe fomentar el desarrollo de esta institucionalidad, que incorpore principios de decisiones basadas en evidencia científica, transparencia, proceso conocido y tiempos acotados y participación. Esta institucionalidad debe tender a que sus estudios y recomendaciones estén más allá de los intereses coyunturales de un gobierno y de los diferentes grupos de interés (stakeholders) y sea percibida como legítima por los diferentes involucrados. Se propone una institucionalidad pública, no estatal. Debe existir un grado de vinculación entre el sistema de ETESA y el sistema de financiamiento. Particularmente, los seguros no deben financiar intervenciones que no hayan sido evaluadas, aunque no están obligados a financiar aquellas evaluadas.

4.2.3 Fondo de Compensación de Seguros Privados

Las actuales primas ajustadas por riesgo de las Isapres son mecanismos propios de los seguros de salud privados, donde la aseguradora cobra al asegurado una prima directamente relacionada con los gastos esperados del mismo. Esta modalidad de tarificación ha sido ampliamente criticada, desde una perspectiva legal, por ser discriminatoria. Por consiguiente, se ha traducido en una avalancha de reclamos y demandas legales en contra de este sistema de tarificación, lo que en cierta medida ha imposibilitado el ajuste de primas por parte de los seguros privados, poniendo en riesgo la viabilidad de algunos actores del subsistema.

Por otra parte, la existencia de una prima comunitaria, sin un fondo de compensación de riesgos como el necesario para la operación del Plan Garantizado de Salud, genera incentivos para selección adversa por parte de los asegurados y selección de riesgo por parte de las aseguradoras. En el caso de la selección adversa, los asegurados que sienten que tienen poco riesgo son los más propensos a cambiarse a un asegurador con prima más baja. Y en el caso de selección de riesgo, los aseguradores tratarán de buscar activamente los asegurados de menor riesgo y a su vez evitarán activamente los de alto riesgo. Así aquel asegurador de salud que tengan la población más riesgosa tendrá un alto costo promedio y, por ende, una prima más alta que otro asegurador que tenga población menos riesgosa y que, por lo tanto, ofrecerá una prima más baja que su competencia. Ambos fenómenos (selección de riesgo y selección adversa) generan como resultado que la población se divida, en asegurados de bajo riesgo en unas compañías de seguro y asegurados de alto riesgo en otras, obteniendo grandes ganancias las primeras y pérdidas las segundas.

Es en este contexto, es que se propone la existencia de un fondo compensatorio por riesgo para evitar la selección de riesgo y selección adversa. El fondo de compensación de riesgo tiene como objetivo compensar las diferencias en el nivel de riesgo de las carteras de cada aseguradora, a través del traspaso de recursos financieros desde los aseguradores con cartera menos riesgosa, hacia los aseguradores con carteras más riesgosas.

Características:

- **Solidario:** El fondo de compensación, solidariza recursos desde los beneficiarios de menor riesgo, hacia los de mayor riesgo. Esta solidaridad se traduce en aportes, desde jóvenes a viejos, de sanos a enfermos, de hombres a mujeres. En la primera fase este fondo compensará sólo entre los beneficiarios de los seguros privados. En la segunda fase, este fondo compensará riesgos entre todos los beneficiarios (de seguros privados y seguro público).

- **Compensa riesgos:** Los aportes se basan en una prima universal, que corresponde al costo actuarial promedio del Plan Garantizado. Cada beneficiario aporta al Fondo de Compensación la Prima Universal y esta se redistribuye entre los seguros en forma de primas ajustadas por riesgo.

- **Compensación ex-ante y ex-post:** El fondo tendrá dos formas de compensación, ex-ante y ex-post. La compensación ex-ante, se refiere a que el seguro recibe una prima ajustada por riesgo (sexo, edad, enfermedad preexistente) independiente de las coberturas que el beneficiario requiera durante el período. La compensación ex-post se refiere a que, frente a eventos de alto costo, no previstos en la compensación ex-ante, el seguro recibe recursos adicionales para hacer frente a dichos eventos.

4.2.4 Cobertura Adicional y/o Complementaria

Los beneficiarios de seguros privados que así lo deseen, podrán adquirir en forma voluntaria una Cobertura Adicional y/o Complementaria a la cobertura del plan garantizado, de cargo del remanente de su cotización legal obligatoria y/o de una cotización adicional. Las aseguradoras que así lo deseen podrán (sean o no oferentes del Plan Garantizado Universal) comercializar planes complementarios, relacionados a ciertos requerimientos establecidos por la autoridad. Constituyen un contrato separado respecto del Plan Universal de Salud, sin perjuicio que su precio o prima puedan ser recaudados y cobrados junto a la cotización obligatoria de salud.

Características del Plan Complementario:

- **Voluntario:** los beneficiarios cubiertos por el plan garantizado podrán en forma voluntaria adquirir una cobertura adicional o complementaria a la cobertura del plan garantizado. Se prohibirá explícitamente la comercialización de productos atados (plan garantizado más plan complementario).

- **Complementario y/o adicional:** esta cobertura se traduce en mejoras de la cobertura financiera del plan garantizado o cobertura de otras prestaciones o tratamientos no considerados en el plan garantizado.

- **Estandarizado:** la cobertura adicional y/o complementaria se expresa en forma de planes complementarios. El seguro podrá comercializar en forma simultánea un número limitado de planes complementarios[1], los que deberán ser informados y ofrecidos a todos aquellos que contraten con el asegurador. La cobertura del plan complementario se expresará en un formato único[2], de manera de facilitar la comparación. No se podrán comercializar planes complementarios customizados para cubrir la diferencia entre la cotización obligatoria y la prima del plan garantizado.

1 La autoridad definirá el número máximo de planes complementarios que podrán ser comercializados en forma simultánea.

2 La autoridad definirá el formato en el que se expresarán los planes complementarios.

- **Prima ajustada por riesgo:** la prima del plan complementario podrá ser ajustada por riesgo según características demográficas (sexo y edad). La prima del plan complementario podrá ser ajustada en forma periódica (anual o bianual).

4.2.5 Financiamiento

El esquema de financiamiento permite comprender de mejor manera el flujo de recursos entre los distintos actores. Dado que en esta primera etapa el sistema de salud continuaría siendo segmentado, su financiamiento se puede analizar en forma también separada (entre subsistema privado y subsistema público).

Financiamiento de los Seguros Privados

El financiamiento del subsistema privado tendrá como fuente la cotización obligatoria (7%), más cotización adicional voluntaria, que se distribuyen de la siguiente forma:

- **Prima Universal:** corresponde a un monto fijo por beneficiario, que será aportado al fondo de compensación, quién a su vez redistribuirá en los aseguradores como primas ajustadas por riesgo.

- **Primas Ajustadas por Riesgo:** corresponden a los traspasos desde el Fondo de Compensación hacia los seguros para el financiamiento del Plan Garantizado Universal.

- **Prima Plan Complementario:** corresponde a la prima del plan complementario, de aquellos que voluntariamente lo contrataron. Esta prima puede ser ajustada según el nivel de riesgo de los asegurados.

- **Remanente:** en el caso de quedar algún remanente, este se acumula en una cuenta de ahorro que se podrá utilizar exclusivamente para beneficios relacionados con salud (pago de deducibles, copagos, medicamentos, etc.)

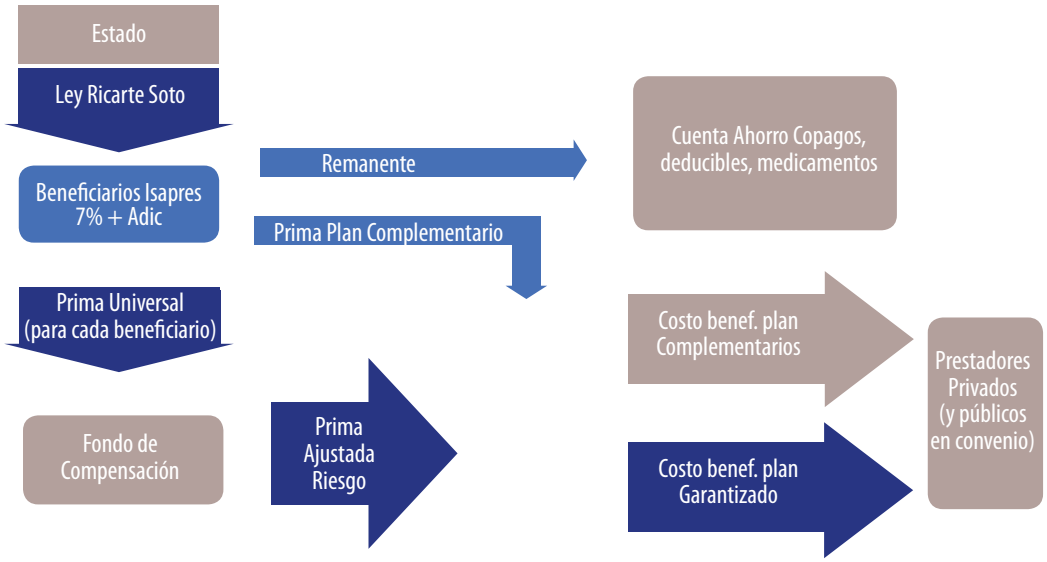
- **Costo de beneficios de Plan Garantizado:** Corresponden a los pagos hechos por los seguros a los prestadores por beneficios y prestaciones consagradas en el Plan Garantizado. Idealmente estos pagos deberían realizarse por las soluciones otorgadas y no por prestación.

- **Costo de beneficios de Plan Complementario:** Corresponden a los pagos hechos por los seguros a los prestadores por beneficios y prestaciones contratadas en el Plan Complementario.

Fuente: Elaboración propia

Cabe mencionar que los beneficiarios de los seguros privados se podrán beneficiar con el Proyecto de Ley Ricarte Soto (Sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo), que aportará recursos financieros para la cobertura de tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo. Proponemos racionalizar los beneficios de esta ley con el plan garantizado para optimizar los recursos financieros de ambos beneficios.

Cuadro 25: Financiamiento seguros privados, primera etapa



Financiamiento del Seguro Público

El financiamiento del subsistema público tendrá como fuentes la cotización obligatoria (7%) y aportes estatales, directos al seguro público o a prestadores públicos, que se distribuyen de la siguiente forma:

- **Cotización 7%:** Corresponde a la cotización legal obligatoria de los cotizantes del seguro público.
- **Aporte Estatal al Seguro Público:** Corresponde al traspaso de recursos fiscales al seguro público. Este aporte cubre las diferencias en el caso de aquellos cuyo 7% no alcanza para financiar la prima del Plan garantizado Universal y la totalidad de la prima para aquellos que por su nivel de ingreso no cotizan.
- **Costo de Beneficios del Plan:** Corresponde al pago del seguro público a los prestadores por el otorgamiento de los beneficios consagrados en el plan. Este pago estará directamente relacionado con la provisión de los beneficios consagrados en el plan.
- **Aporte Estatal a Prestadores:** Corresponde a aportes directos desde el estado a los prestadores públicos.

Cabe mencionar que los beneficiarios del seguro público se podrán beneficiar con el Proyecto de Ley Ricarte Soto, que aportará recursos financieros para la cobertura de tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo. Proponemos racionalizar los beneficios de esta ley con el plan garantizado para optimizar los recursos financieros de ambos beneficios.

Cuadro 26: Financiamiento seguro público, primera etapa

Fuente: Elaboración propia

4.3. Segunda Fase de Reforma "Homologación e Integración"

"Visión: Un sistema de salud con multiseguros y multiprestadores integrados"

Otra de las grandes críticas al sistema de salud chileno es su carácter de segmentado, crítica que persiste a pesar de las reformas de las que ha sido sujeto. Lo anterior se debe a que lo componen dos subsistemas claramente diferenciados, por una parte, el subsistema público (FONASA y prestadores públicos) que es financiado por las cotizaciones de los afiliados al FONASA y aportes del Estado y, por otra, el subsistema privado (ISAPREs y prestadores privados) que se financia con cotizaciones obligatorias y voluntarias, más aportes directos de los beneficiarios.

El FONASA entrega sus prestaciones principalmente a través de la red de prestadores públicos, a lo cual se adicionan algunos prestadores privados en convenio. Análogamente, las ISAPREs entregan sus prestaciones principalmente a través de prestadores privados, a lo cual se adicionan algunos prestadores públicos con los que puede hacer convenios. Esta segmentación se ha traducido también en una segmentación de los beneficiarios de cada subsistema. En el subsistema público se concentra la población de menores ingresos y con mayor nivel de siniestralidad (adultos mayores, enfermos y mujeres). Por su parte, en el subsistema privado se concentran los beneficiarios de mayores ingresos y de menor nivel de siniestralidad (hombres, jóvenes, sanos). El eje principal de esta fase es el cambio en el modelo de atención y en la reorganización de la oferta de servicios pública. Esta se reorganiza para facilitar el desarrollo de "soluciones" en el ámbito de la atención que estén dirigidas a mejorar el estado de la salud de la población.

En esta segunda fase, se requiere impulsar necesariamente cambios legales que permitan introducir las modificaciones necesarias para avanzar y pavimentar el camino hacia la tercera fase.

4.3.1 Plan Garantizado Universal

En esta segunda fase, el plan entregado por el seguro público debe haber evolucionado a homologarse al entregado por los seguros privados. Así, todos los seguros (público y privados) otorgaran el mismo Plan Garantizado Universal, con las características descritas con anterioridad, a saber: universal, prima comunitaria, integral, priorizado, costo efectivo, garantista y autónomo.

4.3.2 Fondo de Compensación universal

El fondo de compensación solidarizará todas las primas universales de todos los beneficiarios, del seguro público y de los seguros privados, en los mismos términos descritos en la primera fase, a saber: solidario, compensa riesgos y compensación ex -ante y ex -post.

4.3.3 Financiamiento

En esta segunda etapa, se plantea la integración de lo que antes era un sistema segmentado a nivel del financiamiento, por lo tanto, el esquema de financiamiento se unifica. El sistema contará con dos fuentes de financiamiento, por una parte, la cotización legal obligatoria, más la cotización adicional voluntaria de los trabajadores y, por otra parte, aportes estatales. Para efectos de la cobertura de los beneficios establecidos en el Plan Garantizado, los trabajadores aportarán al Fondo de Compensación la Prima Universal para cada uno de sus beneficiarios. En el caso que la cotización legal obligatoria, menos el aporte al Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), no alcancen para el pago de estas primas, el estado aportará Primas Suplementarias, que permitirán completar el aporte al Fondo, de manera tal que exista una Prima Universal por cada beneficiario de los seguros. Adicionalmente, en el caso de los indigentes, el estado aportará al Fondo de Compensación la totalidad de la Prima Universal. Por su parte, el Fondo redistribuirá sus recursos entre en los aseguradores a través de primas ajustadas por riesgo.

En esta etapa es necesario revisar la pertinencia de elevar la cotización obligatoria, desde el 7,0% actual a un porcentaje mayor. Ello con el propósito de ampliar la cobertura en áreas actualmente no bonificadas por los planes de salud, tales como: medicamentos ambulatorios, rehabilitación, larga estadía, atención dental, ampliación de atenciones de salud mental, etc.

Por otra parte, aquellos beneficiarios que así lo deseen podrán contratar un Plan Complementario de cargo del remanente de su cotización obligatoria, más cotización adicional en caso de ser necesaria. Por último, en el caso que existiesen remanentes de cotización obligatoria, (que no hayan sido agotado por la Prima Universal y la Prima Complementaria, en el caso de haberla contratado), éstos se acumularán en una cuenta de ahorro, la que se podrá utilizar exclusivamente para el pago beneficios relacionados con salud (pago de deducibles, copagos, medicamentos, etc.).

- **Prima Universal Cotizantes:** Corresponde al aporte de los cotizantes al fondo. Los cotizantes aportan al fondo de compensación una prima universal por cada uno de sus beneficiarios En el caso de cotizantes cuya cotización legal obligatoria no alcance a cubrir una prima por beneficiario, el cotizante aportará la totalidad de su cotización legal obligatoria y el estado aportará el resto.

- **Prima Universal y Suplementaria, Estatales:** Corresponde a aportes del estado al fondo de compensación. En el caso de los indigentes, el estado aporta al fondo de compensación el costo de una prima universal por cada beneficiario. En el caso de cotizantes cuya cotización legal obligatoria no alcance a cubrir una prima por beneficiario, el estado aporta en la diferencia entre las primas y la cotización legal obligatoria.

- **Prima Plan Complementario:** Corresponde a la prima del plan complementario, de aquellos que voluntariamente lo contrataron. Esta prima puede ser ajustada según el nivel de riesgo de los asegurados.
- **Primas Ajustadas por Riesgo:** Corresponden a los traspasos desde el Fondo de Compensación hacia los seguros para el financiamiento del Plan Garantizado Universal.

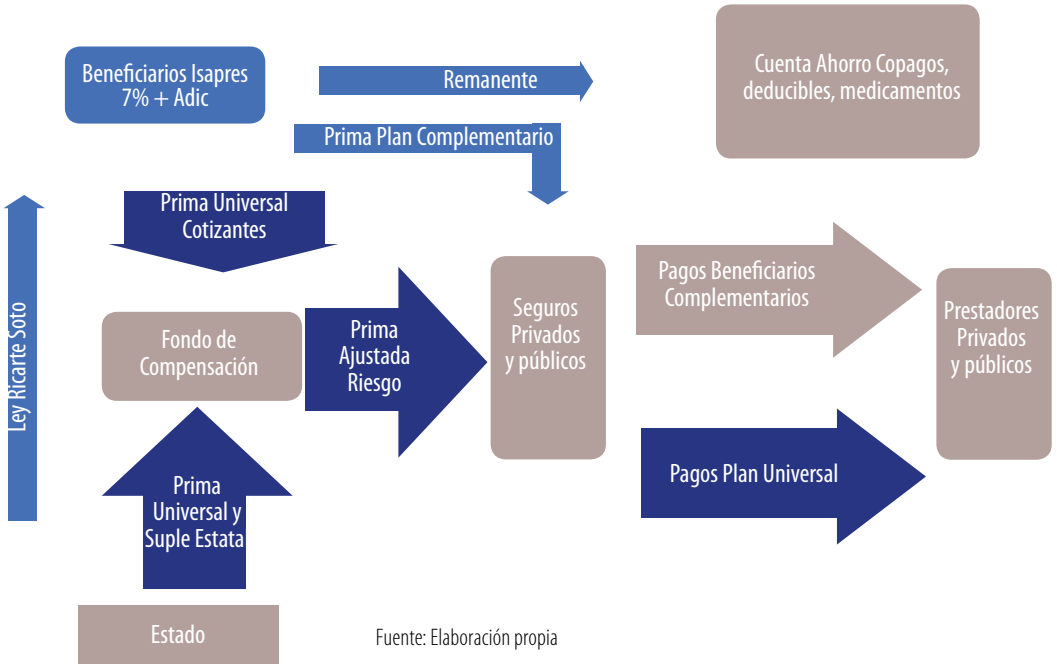
- **Remanente:** En el caso de quedar algún remanente, este se acumula en una cuenta de ahorro que se podrá utilizar exclusivamente para beneficios relacionados con salud (pago de deducibles, copagos, medicamentos, etc.)

- **Costo de beneficios de Plan Garantizado:** Corresponden a los pagos hechos por los seguros a los prestadores por beneficios y prestaciones consagradas en el Plan Garantizado. Idealmente estos pagos deberían realizarse por las soluciones otorgadas y no por prestación.

- **Costo de beneficios de Plan Complementario:** Corresponden a los pagos hechos por los seguros a los prestadores por beneficios y prestaciones contratadas en el Plan Complementario.

Cabe mencionar que los beneficiarios de los seguros público y privados se podrán beneficiar de la Ley Ricarte Soto, que aportará recursos financieros para la cobertura de tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo.

Cuadro 27: Financiamiento sistema de salud, segunda fase.



Fuente: Elaboración propia

Tareas a nivel del subsector público:

- **Continuidad y Pertinencia de la Atención.** Los Servicios de Salud cambian su misión pasando a ser entidades compradoras de la seguridad social frente a los prestadores públicos y privados. Debe cambiarse el foco que actualmente tienen los Servicios de Salud, centrados en la administración de la oferta hospitalaria, para preocuparse de las necesidades de salud de la población que tengan a su cargo y de que los prestadores le entreguen la atención requerida a su población. Fomentan el desarrollo de nuevas "soluciones" en el ámbito de la atención de salud de la población de crónicos, tercera edad, larga estadía, rehabilitación, etc. La pertinencia y continuidad de la atención pasan a ser los ejes ordenadores del quehacer de los Servicios de Salud. Administran los flujos de referencia y contrarreferencia de la población. Se reduce el número de Servicios de Salud para manejar volúmenes (pooles) actuarialmente apropiados. Los Servicios tienen libertad de establecer convenios con cualquier tipo de prestador público o privado. Los Servicios de Salud dejan de ser propietarios de la oferta pública hospitalaria y de APS. Centran sus esfuerzos en coordinar la acción de prestadores fragmentados integrándolos en un trabajo en red a través de un esquema de contratación. Incorporan en su diseño los desarrollo de la APS y del trabajo de esta con la comunidad.

- **Integración de los niveles de atención.** La atención primaria, además de su función de promoción, prevención y recuperación en el primer nivel, pasa a ser compradora de las atenciones que ella deriva al nivel secundario hospitalario. Se abre la administración de la atención primaria a otros actores, particularmente, asociaciones de profesionales de la salud. Se privilegia la innovación en las formas de manejo de pacientes con enfermedades crónicas, tercera edad, patología mental y rehabilitación. Se sigue profundizando el trabajo de la APS con enfoque comunitario.

- **Descentralización de hospitales públicos.** Descentralización de los hospitales públicos, convirtiéndolos en empresas públicas del estado, con normativa, gobiernos corporativos, nuevo estatuto de trabajo para el personal que labore en ellos y con capacidad de inversión. El total de sus ingresos provienen de la venta de atenciones que realizan a la seguridad social a través de los Servicios de Salud, la Atención Primaria compradora, directamente del FONASA y de la seguridad social privada. Se abre la posibilidad de que los prestadores públicos puedan conformar redes de atención integral con otros prestadores públicos y privados. Estos hospitales y sus gobiernos corporativos debieran ser fiscalizados por una intendencia específica al interior de la Superintendencia de Salud.

- **Perfeccionar la gobernanza del seguro y prestadores públicos.** Desarrollar sistemas de dirección basados en la incorporación de Gobiernos Corporativos, es decir, directorios y/o consejos directivos donde los intereses de los dueños la sociedad- estén debidamente representados. Se requiere un gobierno corporativo, con poder, autonomía y responsabilidad de rendición de cuentas, que pueda nombrar a los directores de los hospitales, evaluar su trabajo, decidir su continuidad, fijar la estrategia y la forma de aplicar las políticas generales del ministerio.

- **Mecanismos de Pago de FONASA.** El FONASA pasa a pagar a los Servicios de Salud principalmente en base capitada ajustada por riesgo. Mantiene el actual sistema de pago capitado a la APS e incorpora un fondo para compra a hospitales manejado por la APS compradora. Paga a los hospitales de especialidad y de referencia nacional en base a casos fomentando la calidad de la atención. FONASA pasa a incorporar en sus aranceles el costo del capital, de manera que los prestadores públicos puedan financiar sus inversiones.

- **Fondo de inversión para prestadores públicos.** Se crea un Fondo de Inversión para el Desarrollo de la Oferta Pública. Este financia proyectos de inversión hospitalarios y de otra índole (por ejemplo, tecnológicos) que les posibiliten a los hospitales su desarrollo, debidamente evaluados. Los prestadores pagan la inversión contra los flujos futuros de venta de atenciones a la seguridad social, dado que los aranceles contemplan el costo de capital.

- **Nuevo trato laboral.** Se requiere implementar un nuevo trato laboral con los médicos, otros profesionales y funcionarios de la salud pública, incluyendo a la APS que, por un lado, superen la actual inamovilidad (planta) o precariedad (contrata y honorarios) del empleo público, pero por otro, que recompense adecuadamente la excelencia, la productividad y las jornadas laborales extendidas, que permitan acompañar los nuevos modelos de gestión de los hospitales públicos y la APS.

Tareas a nivel del subsector privado:

- **Producción y venta de soluciones.** Los prestadores deben convertirse en productores y comercializadores de soluciones para los seguros público y privados.

- **Seguros complementarios.** Los seguros privados deben desarrollar el mercado de los seguros complementarios, que podrán ser financiados con el remanente de la cotización obligatoria (descontado de la prima universal) cotización voluntaria en el caso de requerirla.

Tareas a nivel institucional:

- **Reestructuración del Fondo de Compensación**. En esta etapa el fondo de compensación incluye también a los beneficiarios del seguro privado, cuyos aportes provienen, en el caso de los cotizantes, de las cotizaciones obligatorias, aportes suplementarios del estado y, en el caso de los indigentes, de los aportes de las primas por parte del estado.

4.4. Tercera Fase de Reforma "Consolidación"

4.4.1 Estructura del Sistema de Salud

Si las reformas realizadas en la primera y segunda etapas son capaces de resolver la problemática señalada (equidad, eficiencia, costos), una respuesta probable de la sociedad sea "no innovar", es decir, profundizar los aspectos distintivos de esta etapa. Por el contrario, si los cambios propuestos no son suficientes para dar solución a los desafíos planteados, se debería explorar la alternativa de avanzar hacia un seguro nacional de salud o seguro social único de salud.

4.4.2 Subsidio por Incapacidad laboral

El subsidio por Incapacidad Laboral entrega compensaciones monetarias de restitución de las remuneraciones perdidas en el caso de enfermedad común. Las Isapres disponen de pocas herramientas para ejercer control sobre los gastos que les generan estas compensaciones y las herramientas actualmente disponibles (rechazo o reducción de los días de licencia) han sido ampliamente cuestionadas, por ser: arbitrarias, unilaterales y vistas sólo como un mecanismo de control de costos. Como resultado, el gasto en subsidio por incapacidad laboral ha presentado una tendencia creciente, cada año representando una proporción cada vez mayor de la cotización obligatoria.

Se propone que la administración de subsidio de incapacidad sea realizada por instituciones distintas a los seguros públicos o privados. Se debería crear una nueva Institucionalidad con un marco de incentivos que evite el fraude, pero, por otro lado, que se lucre a costa de reducir artificialmente las licencias médicas de los trabajadores. El sistema AFP ha desarrollado un sistema nacional de calificación de invalidez que es independiente de las administradoras de fondo pensiones, ya que todos los profesionales son contratados por el Estado pero la administración de las comisiones médicas y la dotación de sistemas de información es aportada por el sistema AFP, logrando así un sistema que opera técnicamente bien y con infraestructura suficientemente moderna y con buena cobertura a lo largo de todo el país, regido por normas validadas públicamente y con un alto grado de transparencia para reclamar los dictámenes por parte de los afiliados y de las AFP o compañías de seguro. De este caso se pueden sacar muy buenas experiencias y adaptarlas a la realidad del sector salud, pero las ideas centrales son, separar este beneficio de las prestaciones asistenciales, separar las primas dedicadas a salud y a SIL y finalmente separar la administración de las Isapres y Fonasa y organizar el sistema de evaluación de subsidios por incapacidad laboral como un sistema técnico, transparente profesional y respetado por todas las partes.

Características:

- **Financiamiento:** El subsidio por incapacidad laboral será financiado con una cotización legal obligatoria (2 a 3 puntos porcentuales de la renta imponible) separado totalmente de la cotización de salud, el cual sería financiado por el Estado, los trabajadores y empleadores, según corresponda al tipo de trabajador.

- **Gestión:** El subsidio por incapacidad laboral será administrado por instituciones distintas a los seguros de salud.

5. Evaluación de la propuesta

A continuación, se analiza cómo y cuáles son los mecanismos a través de los cuáles la propuesta del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello ISPAB responde a los marcos teóricos presentados en primer capítulo de este documento.

5.1. Evaluación de la propuesta ISPAB según los principios de la seguridad social.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES	PROPUESTA ISPAB
Solidaridad	Solidaridad Horizontal: • En la primera fase, se genera entre los beneficiarios de los seguros privados, a través del Fondo de Compensación de Seguros Privados. Y por otra, parte se genera entre los beneficiarios del seguro público, dadas sus características propias. • En la segunda fase, se genera Solidaridad Horizontal entre todos los beneficiarios, a través del Fondo de Compensación.
	Solidaridad Vertical: • En la primera fase, no existe entre los beneficiarios de los seguros privados. Sí existe entre los beneficiarios del seguro público a través de los aportes estatales que se financian a partir de impuestos generales que son progresivos. • En la segunda fase, existe entre todos los beneficiarios a partir de los aportes estatales al fondo de compensación.
Universalidad (aplicada a salud)	Objetiva: • En la primera fase, existe universalidad en cuanto a los beneficiarios de los seguros privados, a través del Plan Garantizado Universal. Sin embargo, no existe para los beneficiarios del seguro público, debido a que en la primera etapa tendrán derecho a una versión abreviada del Plan Garantizado Universal. • En la segunda fase, existe universalidad para todos los beneficiarios, debido a que el Plan Garantizado Universal es la expresión de las contingencias de salud más relevantes en términos sociales.
	Subjetiva: • Debido a que inevitablemente los recursos de la sociedad son limitados, siempre quedarán contingencias de salud que no quedarán cubiertas (no contenidas en el Plan Garantizado Universal). Idealmente, la definición del contenido del plan debe considerar aquellas contingencias que a juicio de la sociedad son las más importantes.
Participación	De la sociedad en su conjunto: • La institucionalidad del Plan Garantizado Universal considera la participación de la sociedad en su definición y modificaciones, a través de Comités Consultivos integrados por miembros de la sociedad.
	Representación de las opiniones: • La institucionalidad del Plan Garantizado Universal considera audiencias en las cuales se permitirá la presentación de opiniones por parte de agentes relevantes de la sociedad.
Igualdad	Igualdad ante las contingencias: • La característica de la universalidad y su cualidad de garantista, se garantiza igualdad ante las contingencias, independiente de sexo, edad, renta, estado de salud, etc.
	Igualdad de trato: • La característica de la universalidad y su cualidad de garantista, se garantiza igualdad ante las contingencias, independiente de sexo, edad, renta, estado de salud, etc.

5.2. Evaluación según las funciones de los sistemas de salud

FUNCIONES DE SISTEMAS DE SALUD	PROPUESTA ISPAB
Gestión	• Definición de la institucionalidad del Plan Garantizado Universal, que se radica principalmente en el Ministerio de Salud, con la participación de otros actores de la sociedad. • Definición de la institucionalidad del Fondo de Compensación. • Fortalecimiento del rol de la Superintendencia de Salud y su autonomía institucional y política, desde la primera fase de la propuesta. • Reforma del rol del Seguro Público, como responsable del cumplimiento de las garantías del plan y comprador eficiente de soluciones. • Reforma al financiamiento de los Prestadores Públicos, hacia el financiamiento principalmente relacionado con su producción (PPV, GRDs).
Creación de Recursos	• La propuesta considera terminar la construcción de las inversiones de los principales hospitales y fortalecer la infraestructura pública.
Financiamiento	En la primera Fase: • Reforma al financiamiento del Seguro Público, que será financiado a través de la prima del Plan Garantizado de sus beneficiarios (cotizantes e indigentes). • Reforma al financiamiento de los Prestadores Públicos, hacia el financiamiento principalmente relacionado con su producción (PPV, GRDs). • Necesidad de aumento en el presupuesto público para cubrir el mayor costo derivado de un plan del Seguro Público que mejora sistemáticamente a lo largo de los primeros 5 años. • Reforma al sistema de financiamiento del seguro privado (fondo de compensación con prima comunitaria).
Provisión de Servicios	• Fortalecimiento de los prestadores públicos en su capacidad prestadora, en términos de mejorar los sistemas de autogestión y/o avanzar en la autonomía hospitalaria, avanzar en la utilización e integración de sistemas de gestión hospitalaria. • Reforma al sistema de financiamiento de los prestadores privados (sistemas de financiamiento destinados a la contención de costos).

5.3. Evaluación según los desafíos de los sistemas de salud

DESAFÍOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD	PROPUESTA ISPAB
Demografía y enfermedades Crónicas	En la primera fase: • La definición del contenido del Plan Garantizado Universal y capacidad de ser adaptado a través del tiempo debe considerar el impacto de los cambios demográficos y las enfermedades crónicas sobre la salud de la población.
Progreso Tecnológico y Satisfacción	En la primera fase: • La flexibilidad de la inclusión del concepto Plan Garantizado Universal, facilita su adaptación a los cambios a introducir en el futuro, a consecuencia de cambios en las necesidades de la población, innovaciones tecnológicas en el ámbito de la medicina y evidencia de costo-efectividad de las soluciones.
Costos y Productividad	En la primera fase: • Avanzar en que el financiamiento de los prestadores públicos esté directamente relacionado con su producción. • Fortalecer la capacidad prestadora del sector público, lo que implica mejorar los sistemas de autogestión o avanzar en la autonomía hospitalaria. • En la segunda fase: • Se deben integrar los niveles de atención (niveles 1º, 2º y 3º). Evaluar cómo la atención primaria se integra a la red. • Se deben conformar redes de atención integrales que con prestadores públicos y privados. • Concluir el proceso de descentralización de los hospitales públicos y generación de gobiernos corporativos necesarios.
Estilos de Vida	En la primera fase: • La definición del contenido del Plan Garantizado Universal y capacidad de ser adaptado a través del tiempo debe considerar el impacto de los estilos de vida sobre la salud de la población.
Equidad y Acceso	• La característica de la universalidad y su cualidad de garantista, se garantiza igualdad ante las contingencias, independiente de sexo, edad, renta, estado de salud, etc. • El Plan Garantizado Universal considera dentro de sus garantías acceso y oportunidad.

5.4. Evaluación a la luz de los desafíos de la transición

DESAFÍOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD	PROPUESTA ISPAB
Equilibrios Fiscales y Financiamiento de prestadores Públicos	En la primera Fase: • Reforma al financiamiento del Seguro Público, que será financiado a través de la prima del Plan Garantizado de sus beneficiarios (cotizantes e indigentes). • Reforma al financiamiento de los Prestadores Públicos, hacia el financiamiento principalmente relacionado con su producción (PPV, GRDs). • Necesidad de aumento en el presupuesto público para cubrir el mayor costo derivado de un plan del Seguro Público que mejora sistemáticamente a lo largo de los primeros 5 años.
Evitar Migraciones	En la primera fase: • Una de las tareas específicas es regular el traspaso población entre los subsistemas, con el objetivo de evitar migraciones que puedan desestabilizar los subsistemas.
Transformación de Prestadores Públicos	En la primera fase: • Fortalecer los prestadores públicos, para efectos del otorgamiento del plan en el seguro público, lo que implica mejorar los sistemas de autogestión y/o avanzar en la autonomía hospitalaria, avanzar en la utilización e integración de sistemas de gestión hospitalaria (ficha electrónica, agenda electrónica, etc.), terminar la construcción de las inversiones de los principales hospitales, entre otros. • En la segunda fase: • Integración de los niveles de atención. Se deben integrar los niveles de atención (niveles 1º, 2º y 3º). Evaluar cómo la atención primaria se integra a la red. • Conformación de redes público-privado. Se deben conformar redes de atención integrales que con prestadores públicos y privados. • Descentralización de hospitales públicos. Concluir el proceso de descentralización de los hospitales públicos y generación de gobiernos corporativos necesarios.
Desarrollo Tecnológico Administrativo	En la primera fase: • En el fortalecimiento de los prestadores públicos se considera avanzar en la utilización e integración de sistemas de gestión hospitalaria (ficha electrónica, agenda electrónica, etc.).
Estabilidad Jurídica	En la Primera fase: • El concepto Plan Garantizado Universal debe quedar establecido en la Constitución. • Fin de las primas ajustadas por riesgo, debido a que el Plan Garantizado Universal tiene prima comunitaria. • Fortalecimiento de la Superintendencia de Salud para otorgarle plena autonomía para ejercer su rol fiscalizador de seguros y prestadores, público y privados.
Etapas de Transición	La propuesta ISPAB considera tres fases de implementación: • Fase 1: Renovación y Fortalecimiento • Fase 2: Homologación e Integración • Fase 3: Consolidación

6. Comentarios Finales

Para ir finalizando, podemos advertir a modo de resumen ejecutivo que la propuesta presentada tiene las siguientes características:

- **Una visión holística.** En efecto, la propuesta del ISPAB abarca el sistema de salud como un todo y no sólo alguno de sus subsistemas y/o componentes de los mismos. Ciertamente lo anterior implica un proceso de discusión e implementación más trabajoso, sin embargo, plantea soluciones al conjunto de las problemáticas identificadas, tratando de evitar el abandono de alguna de ellas.

- **No auto-determinado.** Ex ante la propuesta no está casada con una visión dogmática respecto del deber ser del sistema de salud. Por el contrario, la propuesta se centra en cómo el sistema de salud hace frente al conjunto de desafíos sanitarios presentes y futuros.

- **Fundada en marcos teóricos relevantes.** La propuesta fue concebida, desarrollada y estructurada en función de un conjunto de marcos teóricos relevantes (principios de la seguridad social, funciones de los sistemas de salud, retos de los sistemas de salud y desafíos técnicos de la transición). Lo anterior permitió que la propuesta esté alineada con los principios de la seguridad social, sea completa debido a que abarca todas las funciones de los sistemas de salud, sea pertinentes ya que se hace cargo de los desafíos que enfrentan los sistemas de salud y es realista debido a que sortea los desafíos de la transición, a través de fases o etapas de implementación.

- **Etapificada.** La propuesta del ISPAB se estructura en tres fases consecutivas, lo que le otorga un carácter realista a su proceso de implementación.

Cabe notar que la propuesta denominada "Propuesta ISPAB" contiene un conjunto de componentes e ideas que nacen de la larga discusión que en Chile se ha desarrollado en torno al sistema de salud por distintos actores, así como un conjunto de ideas propias.

Por último, esperamos que este documento, así como la propuesta que se presenta, sean de utilidad para el desarrollo de la contingente discusión en el ámbito de la salud de Chile y su sistema de salud, de manera tal que la reforma que finalmente se acuerde solucione la problemática actual y futura, favoreciendo de esta manera el bienestar de todos los habitantes del país.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, X., González, C., Matute, I., Nájera, M., & Olea, A. (2016). Serie de Salud Poblacional: Las Enfermedades No Transmisibles en Chile Aspectos Epidemiológicos y de Salud Pública. Santiago.
- Ariza Cardenal, C., & Nebot Adell, M. (2002). Predictores de la iniciación al consumo de tabaco en escolares de enseñanza secundaria de Barcelona y Lleida. Revista Española de Salud Pública, 76(3), 227–238.
- Asociación de ISAPRES de Chile. (2014). Movilidad entre Isapres de beneficiarios con pre existencias. Santiago. Retrieved from http://isapre.cl/PDF/Movilidad mayo PRENSA.pdf
- Australian Government Department of Health. (2016). Post-Implementation Review Tobacco Plain Packaging. Retrieved July 20, 2017, from https://ris.govspace.gov.au/files/2016/02/Tobacco-Plain-Packaging-PIR.pdf
- Báez, L. (2013). Actualización Programa Nacional de Cáncer y Desafíos del Programa de Cáncer Cervicouterino. Santiago: Instituto de Salud Pública de Chile. Retrieved from http://www.ispch.cl/sites/default/files/Actualizacion_Programa_Nac_de_Cancer.pdf%0D
- Baeza, C. (2014). Algunos Desafios en el Financiamiento en Sistemas de Salud en Países de Ingreso Medio, Desde la Fragmentación a la Integración. In Seminario internacional de calidad secretaría de salud de México.
- Bedregal, P., Margozini, P., González, G., Aguilera, X., Barcena, R., & Frenz, P. (2008). Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Departamento de Salud Pública, Escuela De Medicina, P. Universidad Católica de Chile Y Ministerio de Salud.
- Benavides, P., Castro, R., & Jones, I. (2013). Sistema Público de Salud, Situación actual y proyecciones fiscales. Santiago. Retrieved from http://www.dipres.gob.cl/572/articles-114714_doc_pdf.pdf
- Blendon, R., & Desroches, C. (2003). Future Health Care Challenges. Retrieved October 26, 2017, from http://issues.org/19-4/blendon/
- Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. Health Policy, 113(3), 258–269.
- Canadian Medical Association. (2013). Health and Health Care for Aging Population: Policy Summary of the Canadian Medical Association. Retrieved from https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/policy-research/CMA_Policy_Health_and_Health_Care_for_an_Aging-Population_PD14-03-e.pdf
- Castillo, C., Aguilera, X., Alarcón, G., Allende, M., Barria, S., Fabrega, R., & Uthoff, A. (2013). Informe Comisión de Salud Mejor Salud: Más Protección, Menos Desigualdad. Santiago.
- CDC. (2013). Global School-based Student Health Survey (GSHS) - Chile. Retrieved October 20, 2017, from http://www.who.int/chp/gshs/2013_Chile_GSHS_fact_sheet.pdf
- CDC. (2016). Global Tobacco Surveillance Data (GTSSData). Retrieved July 3, 2016, from http://nccd.cdc.gov/gtssdata/Ancillary/Documentation.aspx?SUID=1&DOCT=1
- Centro Latinoamericano de Demografía. (2012). Observatorio Demográfico. Proyecciones de Población. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Cid, C., Aguilera, X., Arteaga, O., Barría, S., Barrí, P., Castillo, C., … Uthoff, A. (2014). Informe Final: Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Público Privado. Santiago. Retrieved from http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf
- Cid, C., Torche, A., Herrera, C., Bastías, G., & Barrios, X. (2013). Bases para una Reforma Necesaria al Seguro Social de Salud Chilena. In Concurso de Políticas Públicas 2013, Propuestas para Chile (pp. 183–220). Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC). Retrieved from http://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2014/01/Libro-Propuestas-para-Chile_versión-web.pdf

- Colegio Médico de Chile A.G. (2013). Humanizar la Salud en Chile, Propuesta del Colegio Médico de Chile A.G. a las autoridades que asumirán la presidencia de la República y Poder Legislativo de la Nación. Santiago.
- Comisión Presidencial de Salud. (2010). Informe Comisión Presidencial de Salud. Santiago.
- Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. Journal of Health Economics, 12(4), 431–457.
- DEIS. (2014). Indicadores Básicos de Salud Chile 2014. Santiago. Retrieved from http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2015/04/IBS-2014.pdf
- DEIS-MINSAL. (2009). Población en control por diabetes mellitus con HbA1c menor a 7%, según sexo y grupo de edad, por región y servicio de salud, SNSS diciembre 2009. Retrieved April 15, 2013, from http://intradeis.minsal.cl/Reportesrem/2010/PBC_PSCV_META_cas_2/PBC_PSCV_META_cas_2.aspx
- DEIS-MINSAL. (2011). Defunciones y Mortalidad por causas. Retrieved October 26, 2017, from http://www.deis.cl/defunciones-y-mortalidad-por-causas/
- Deloitte. (2014). 2014 Global health cara outlook: Shared challenges, shared opportunities. Retrieved from https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/dttl-lshc-2014-global-health-care-sector-report.pdf
- Donoso, E., & Carvajal, J. A. (2012). El cambio del perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chile dificultará el cumplimiento del 5 objetivo del Milenio. Revista Médica de Chile, 140(10), 1253–1262.
- Durkin, S., Brennan, E., Coomber, K., Zacher, M., Scollo, M., & Wakefield, M. (2015). Short-term changes in quitting-related cognitions and behaviours after the implementation of plain packaging with larger health warnings: findings from a national cohort study with Australian adult smokers. Tobacco Control, 24(Suppl 2), ii26-ii32.
- Eriksen, M., Mackay, J., Schluger, N., Gomeshtapeh, F., & Drope, J. (2015). The tobacco atlas. revised, expanded, and updated. Atlanta, USA: American Cancer Society.
- FENPRUSS. (2013). La Salud que Soñamos: Ideas para un Programa de Gobierno en Materia de Salud. Santiago. Retrieved from Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud
- Gobierno de Chile. (2010). Tercer informe del Gobierno de Chile para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio. Retrieved from file:///C:/Users/Juan/Desktop/cami/undp_cl_ODM_Chile3_2010.pdf
- Grupo Respublica Chile. (2013). Un Sistema de Salud para el Siglo XXI. In G. R. Chile, 95 Propuestas para un Chile Mejor (pp. 276–291). Santiago.
- Harrington, J. W., Nguyen, V. Q., Paulson, J. F., Garland, R., Pasquinelli, L., & Lewis, D. (2010). Identifying the "tipping point" age for overweight pediatric patients. Clinical Pediatrics, 49(7), 638–643.
- Hurst, J. (2000). Challenges for health systems in Member Countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 751–760.
- INE. (2014). Compendio de Estadísticas Vitales 2014. Santiago. Retrieved from http://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2016/anuario-de-estadísticas-vitales-2014.pdf?sfvrsn=18
- Iniciativa Ciudadana Salud Justa. (2013). Salud Justa: una Iniciativa Cuidadana. Santiago.
- Jiménez, J. (2010). Informe Final: Mapa de la Investigación en Cáncer en Chile - Cancer Research Map Chile. Santiago. Retrieved from http://foronacionaldecancer.cl/portal/wp-content/uploads/2013/01/Informe_CancerMap_BMRC.pdf
- Jiménez, J., & Romero, M. I. (2007). Reducing infant mortality in Chile: success in two phases. Health Affairs, 26(2), 458–465.
- JUNAEB. (2017). MAPA NUTRICIONAL 2016. Retrieved October 25, 2017, from https://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2017/07/mapa_nutricional_2016_final_Comunicaciones.pdf

- Lenz, R. (2007). Proceso político de la reforma auge de salud en Chile: Algunas lecciones para América Latina: una mirada desde la economía política. CiEPLAN Santiago de Chile.
- Lenz, R., Zarate, A., Rodríguez, J., & Ramírez, J. (2014). Niveles de hemoglobina glicosilada y diferencia en el gasto en salud de pacientes diabéticos: un estudio econométrico. Revista Médica de Chile, 142(7), 841–849.
- Leppan, W., Lecours, N., & Buckles, D. (2014). Tobacco control and tobacco farming: separating myth from reality.
- Li, D. X., & Guindon, G. E. (2013). Income, income inequality and youth smoking in low- and middle- income countries. Addiction, 108(4), 799–808.
- McTigue, K. M., Garrett, J. M., & Popkin, B. M. (2002). The natural history of the development of obesity in a cohort of young US adults between 1981 and 1998. Annals of Internal Medicine, 136(12), 857–864.
- MIDEPLAN. (2012). Política integral de envejecimiento positive para Chile, 2012 – 2015. Santiago. Retrieved from http://www.senama.cl/filesapp/PIEP-2012-2025.pdf
- MIDEPLAN. (2015). Resultados Encuesta CASEN 2015. Retrieved October 26, 2017, from http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2015.php
- MINDEP. (2015). Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población de 18 años y más. Santiago. Retrieved from https://deportes.utem.cl/wp-content/uploads/2016/11/04-Encuesta-Nacional-de-Hábitos-de-Actividad-Física-y-Deportes-2015-en-la-Población-de-18-años-o-más-Ministerio-del-Deporte.pdf
- MINSAL. (2010). Encuesta Nacional de Salud. Chile 2009-2010. Sanitago. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004
- MINSAL. (2010). Objetivos Estratégicos en Salud: Informe Final. Santiago.
- MINSAL. (2011). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Santiago.
- MINSAL. (2011). Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: Gobierno de Chile Santiago de Chile.
- MINSAL. (2013). Situación Actual del Embarazo Adolescente en Chile. Santiago. Retrieved from http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dafe040010164010db3.pdf
- MINSAL. (2016a). Estrategia Nacional de Cáncer. Santiago. Retrieved from http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/10/Estrategia-Nacional-de-Cancer-version-consulta-publica.pdf
- MINSAL. (2016b). Informe de brechas sobre personal de salud por Servicio de Salud. Santiago. Retrieved from http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Público_Marzo2016.pdf
- Muñoz, A., Abarca, K., Luchslnger, V., O'Ryan, M., Ripoll, E., Valenzuela, B., … Vergara, R. (2007). Seguridad de las vacunas que contienen timerosal: Declaración del Comité Consultivo de Inmunizaciones (CCI) de la Sociedad Chilena de Infectología. Revista Chilena de Infectología, 24(5), 372–376.
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. (2012). Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Retrieved June 30, 2012, from http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf
- Nazzal Nazal, C. (2013). Cumplimiento y resultado de la guía GES para prevención secundaria post infarto agudo al miocardio en pacientes atendidos en el sistema público de salud chileno.
- OECD. (2014). Income inequality. Retrieved from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/income-inequality/indicator/english_459aa7f1-en
- OECD. (2016). HEALTH AT A GLANCE. ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT.
- OIT. C102 - Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102) (1952). Geneva. Retrieved from http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID,P12100_LANG_CODE:312247,es

- OIT. (2001). Principios de la Seguridad Social. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- OIT. (2008). Unidad 2: Principios y Normas de la Seguridad Social. Retrieved July 28, 2014, from http://white.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proyectos/proyecto_ssos/formacion_distancia/modulo_002/02_unidad02.pdf
- OMS. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS. (2010). EL TERREMOTO Y TSUNAMI DEL 27 DE FEBRERO EN CHILE Crónica y lecciones aprendidas en el sector salud. Retrieved from https://www.gfdrr.org/sites/default/files/Cronica y Lecciones Terremoto Chile 2010.pdf
- OPS. (2016a). Alerta epidemiológica. Difteria. Retrieved October 20, 2017, from http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=37506&lang=es
- OPS. (2016b). La región de las Américas es declarada libre de sarampión. Retrieved October 26, 2017, from http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12528%3Aregion-americas-declared-free-measles&lang=es
- Paraje, G., Willinton, M., Bitrán, E., & Duarte, F. (2014). Propuesta de Reforma al Sistema de Salud. Santiago.
- Pearson, M. (2013). Health Systems and Cost Evolution. Santiago.
- Pichón Riviere, A., Bardach, A., Caporale, J., Alcaraz, A., Augustovski, F., Caccavo, F., … Bustos, L. (2014). Carga de Enfermedad atribuible al Tabaquismo en Chile. Documento Técnico IECS, (8).
- Rauch-Kallat, M. (2006). Reflection on the future of healthcare. In H. F. Europe, 2050 a Health Odyssey: Thought Provoking Ideas for Policy Making (pp. 4–7). Brussels: Health First Europe.
- Reis, R. S., Salvo, D., Ogilvie, D., Lambert, E. V, Goenka, S., Brownson, R. C., & Committee, L. P. A. S. 2 E. (2016). Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. The Lancet, 388(10051), 1337–1348.
- Sánchez, H., & Inostroza, M. (2011). La salud del bicentenario, Chile 2011-2020: desafíos y propuestas. Santiago, Chile: Instituto Salud Y Futuro, Universidad Andrés Bello.
- Smith, J., & Walshe, K. (2011). Healthcare Management. London: McGraw-Hill Education.
- Subsecretaría de Salud Pública. Informa sobre el Plan Estratégico para la Erradicación de la Poliomielitis en su Fase Final 2013-2018 (2015). Chile. Retrieved from http://www.ispch.cl/sites/default/files/ORD.3296-ERRADICACION-DE-LA-POLIOMIELITIS-EN-SU-FASE-FINAL-2013-2018_MINSAL.pdf
- The Economist Intelligence Unit. (2011). The future of health care in Europe. Retrieved from http://perspectives.eiu.com/healthcare/future-healthcare-europe/white-paper/future-healthcare-europe?redirect=TRUE
- Vásquez de Kartzow, R. (2015). Sarampión: Actualización y Campaña 2015. Santiago. Retrieved from http://www.ispch.cl/newsfarmacovacunas/02/images/03sarampion.pdf
- Wakefield, M. A., Hayes, L., Durkin, S., & Borland, R. (2013). Introduction effects of the Australian plain packaging policy on adult smokers: a cross-sectional study. BMJ Open, 3(7), e003175.
- Wang, Y., Álvarez, G., Salinas, R., Ramírez, G., Catalán, M., & Díaz, C. (2011). Análisis del cumplimiento de la Guía Clínica del AUGE en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico: la utilización de tecnología sanitaria de diagnóstico para prevención secundaria en un hospital público. Revista Médica de Chile, 139(6), 697–703.
- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. Social Policy & Administration, 43(1), 70–90.
- WHO. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization.

- WHO. (2016a). Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation.
- WHO. (2016b). WHO Framework on integrated people-centred health services. Retrieved October 27, 2017, from http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/
- WHO. (2017). WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system. 2017 global summary. Retrieved October 25, 2017, from http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/coverages?c=CHL
- Young, J. M., Stacey, I., Dobbins, T. A., Dunlop, S., Dessaix, A. L., & Currow, D. C. (2014). Association between tobacco plain packaging and Quitline calls: a population-based, interrupted time-series analysis. The Medical Journal of Australia, 200(1), 29–32.

ANEXO: PROPUESTAS

1. Propuesta de Mayoría de la Comisión Asesora para el Estudio del Nuevo Marco jurídico para el Sistema de Salud Privado, del Gobierno de la presidenta, Michelle Bachelet (Cid et al., 2014)

Descripción

En el informe final de la Comisión se plasmó una "Reforma inmediata al sistema privado de salud" que corresponde a una solución intermedia en la ruta hacia un Fondo Central o Fondo Único. Lo anterior, debido a que hoy en día el financiamiento no puede provenir completamente de los impuestos generales, como se requeriría para este tipo de fondos. Específicamente, se plantean las siguientes propuestas:

- Creación de un "Plan de Seguridad Social de Salud" (PSS) con las siguientes características:
  - Definido por la autoridad sanitaria, que contiene un conjunto de beneficios que es universal y estandarizado. Inicialmente está compuesto por los listados de prestaciones consideradas en: Modalidad de Atención Institucional del Fonasa, Modalidad de Libre Elección, GES, CAEC y otros. En el sector privado será administrado por las Isapres.
  - Se financiará con el 7% de la cotización de los trabajadores. El aporte de los asegurados en Isapre se mancomunará en un fondo Inter-Isapre, de carácter real y que asigna capitas ajustadas por riesgo. Y que tendrá copagos estandarizados y asociados a la renta.
  - Los contenidos de PSS serán determinados por el Ministerio de Salud, con mecanismos participativos de carácter técnico.
  - Se plantea la necesidad de definir mecanismos de traspasos entre el Sistema de Isapres y Fonasa.
- Creación de un "Fondo Mancomunado Universal" FMU, con las siguientes características:
  - Financiado con los aportes contributivos de todos los trabajadores, más aporte fiscal progresivo. Los fondos de los afiliados al sector público provendrán del Fonasa y los de los afiliados a Isapre provendrán del Fondo Inter-Isapre. En el largo plazo el aporte fiscal debería llegar a cubrir la totalidad del 7%.
  - Los beneficios entregados por el fondo deben estar basados en racionalidad sanitaria (costo efectividad, equidad), cuyo objetivo de corto plazo sería: resolver situaciones de carencia de grupos de gran vulnerabilidad, prestaciones no incluidas en PSS y otros.
  - El FMU tendrá capacidad de compra directa y puede operar con prestadores públicos o privados.
- Creación del "Fondo Inter-Isapres" FII, con las siguientes características:
  - Conformado por el 7% de aporte de los cotizantes de Isapre y redistribuye según riesgo y aporta al Fondo Mancomunado Universal.
  - Asigna capitas ajustadas por riesgo, según variables asociadas al costo esperado de la atención de salud. Considera también la posibilidad de compensación expos. Garantiza que todos tengan acceso al PSS.
  - Considera la constitución de redes de atención como mecanismo de reducción de los costos del PSS. Las Isapres podrán cobrar una prima comunitaria adicional, cuyo monto dependerá de las características de la red de prestadores.
- Separación completa de los planes complementarios de manera que se puedan comprar en la misma u otra isapre, e incluso cotizantes del Fonasa (no sujetos de subsidios estatales) podrían contratar un seguro complementario en Isapre.
- En el proceso de implantación, los antiguos afiliados a Isapre podrán optar por la nueva regulación, sin embargo, los nuevos afiliados entran directamente al nuevo sistema.
- Modificación a la forma en que actualmente se permite la adecuación de precios en Isapre

- Creación de un Único Fondo de Incapacidad Laboral, separado del financiamiento del PSS

Propuesta Comisión Presidencial 2014, según Principios de la Seguridad Social

	PROPUESTAS
SOLIDARIDAD	• Creación del "Fondo Inter-Isapres" • Creación de un "Fondo Mancomunado Universal"
UNIVERSALIDAD	• Creación de un "Plan de Seguridad Social de Salud" (PSS)
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	• Creación de un "Plan de Seguridad Social de Salud" (PSS)

Propuesta Comisión Presidencial 2014, según Función de la OMS

	PROPUESTAS
GESTIÓN	• Creación de un "Plan de Seguridad Social de Salud" • Creación de un "Fondo Mancomunado Universal" • Creación del "Fondo Inter-Isapres" • Separación completa de los planes complementarios • Creación de un Único Fondo de Incapacidad Laboral
CREACIÓN DE RECURSOS	
FINANCIAMIENTO	• Creación de un "Fondo Mancomunado Universal" • Creación del "Fondo Inter-Isapres" • Creación de un Único Fondo de Incapacidad Laboral
PROVISIÓN DE SERVICIOS	

Propuesta Comisión Presidencial 2014, según Desafíos de Salud

	PROPUESTAS
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	
COSTOS PRODUCTIVIDAD	
ESTILOS DE VIDA	
EQUIDAD Y ACCESO	• Creación de un "Plan de Seguridad Social de Salud"

Propuesta Comisión Presidencial 2014, según Desafíos de la Transición

	PROPUESTAS
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	• Creación de un "Fondo Mancomunado Universal" • Creación del "Fondo Inter-Isapres" • Creación de un Único Fondo de Incapacidad Laboral
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	
DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN (inmediato, mediano y largo plazo)	• Se habla de que la propuesta es inmediata, pero no se definen sus etapas.

Se presentan a continuación las áreas de consenso y desacuerdos presentados en el documento final de la Comisión Presidencial 2014.

Resumen de propuesta Comisión Presidencial 2014, Consensos y Divergencias

Componentes	Consensos	Desacuerdos	
		Propuesta de Mayoría	Propuesta de Minoría
Visión de Largo Plazo		Un Seguro Nacional de Salud, con Fondo Único y seguros privados complementarios voluntarios.	Modelo de Seguro Social en Multiseguros, con un fondo de compensación, que compensaría los seguros en función del riesgo actuarial de sus carteras de beneficiarios a través de primas con ajuste de riesgo.
Plan de Seguridad Social en Salud (PSS)	Plan PSS incluye: Catálogo de prestaciones MLE/MAI, GES, Urgencias, Preventiva y CAEC/ Coberturas garantizadas (%) para atención ambulatoria y hospitalaria en red. Institucionalidad para la incorporación/ revisión/ protocolización de nuevas tecnologías médicas.	Precio PSS: 7% más Prima Comunitaria (Pc).	Precio PSS: ISAPRE debiera ser obligatorio el otorgar un plan solo por el 7%, sin prima comunitaria.
Planes complementarios y suplementarios	Complementarios: Es la cobertura ofrecida en redes adicionales al PSS. Podrá haber más de una red complementaria en cada ISAPRE. Suplementarios: prestaciones, prestadores, beneficios y coberturas especiales, etc. Regulación Superintendencia de Salud.		
Fondo compensación Inter-ISAPREs para atención de salud	Independiente de aquel destinado al fondo para SIL. Ajusta prima por riesgo de salud. Por ejemplo: edad, sexo y condición de salud. ISAPREs recaudan prima comunitaria.		
Fondo Mancomunado Universal/Fondo Especial para Medicamentos de Alto Costo	Fondo puede comprar medicamentos directamente, para toda la población (beneficiarios de FONASA e ISAPRE).	Fondo financia medicamentos y enfermedades de alto costo.	Fondo exclusivamente para los medicamentos de alto costo.
		Funcionamiento: recibe aportes de la cotización para salud y financia directamente (no redistribuye de vuelta ajustado por riesgo las primas a los aseguradores).	Funcionamiento: recibe aportes de la cotización para salud y redistribuye de vuelta ajustado por riesgo las primas a los aseguradores.
Declaración de Salud		Extinción de la declaración de salud	Mantenerse en las personas que quieran cambiarse de FONASA a ISAPRE
Relación prestadores	Se debe fomentar las relaciones contractuales de largo plazo, en base a parámetros objetivos, que eviten cambios unilaterales en las condiciones Mecanismos de pago y control de costos con fomento del uso de redes, paquetes quirúrgicos, grupos relacionados de diagnóstico o similares, establecidos en la ley. Desarrollar sistemas de información con resultados clínicos de prestadores públicos y privados, para transparentar la efectividad sanitaria. Codificación común de prestaciones para todo el sector salud. Acceso de las ISAPREs a los hospitales del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).		
SIL	Fondo con institucionalidad independiente y financiamiento aparte de la cotización para salud para el manejo del beneficio SIL de beneficiarios del FONASA y las ISAPREs. Aporte al fondo desde el FONASA y las ISAPREs corresponderá al porcentaje de la renta que se determine -de acuerdo- a los gastos actuales. Concurren al financiamiento del SIL el empleador y el trabajador.		
Régimen de aseguramiento actual y nuevo	Los beneficiarios de ISAPRE que así lo deseen podrán preservar su actual plan. Asimismo, quienes lo deseen, podrán cambiarse al nuevo régimen dentro de su ISAPRE o cambiar de ISAPRE. Todos los beneficiarios de ISAPRE que se cambien de plan dentro de su misma SAPRE o que se cambien de ISAPREs, así como también los nuevos afiliados, ingresan al nuevo régimen de aseguramiento, donde opera el PSS. Ajustes de tarifas de los contratos del régimen actual se realizará con un procedimiento propuesto para el reajuste de la Pc.		
Nuevas Tecnologías Médicas	Se propone crear una institucionalidad nacional para la Evaluación de Tecnologías de la Salud, cuyo objetivo sea garantizar el uso de tecnologías que sean seguras, tengan impacto y sean costo-efectivas.		

Fuente: Elaboración propia a partir de los contenidos del informe de la Comisión Presidencial 2014. Incorpora frases copiadas y/o adaptadas del texto original.

2. Propuesta Asociación de Isapres (Asociación Isapres de Chile, 2014)

Descripción

En mayo de 2014 en su documento "Movilidad entre Isapres de beneficiarios con pre existencias", la Asociación de Isapres planteó una modalidad a través de la cual permite a él o alguno de los beneficiarios del contrato de salud cambiarse a otra Isapre, esto en el caso que padezca de una enfermedad preexistente o por edad.

Se propone para estos efectos un fondo de compensación entre las aseguradoras privadas, a través del cual las aseguradoras que tienen pocos beneficiarios con enfermedades crónicas o de alto costo, traspasan recursos a las que tienen mayor cantidad de beneficiarios con enfermedades crónicas o de alto costo.

Propuesta Asociación de Isapre, según Principios de la Seguridad Social

PROPUESTAS	
SOLIDARIDAD	• Fondo de compensación entre las aseguradoras privadas, a través del cual las aseguradoras que tienen pocos beneficiarios con enfermedades crónicas o de alto costo, traspasan recursos a las que tienen mayor cantidad de beneficiarios con enfermedades crónicas o de alto costo.
UNIVERSALIDAD	
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	

Propuesta Asociación de Isapre, según Función de la OMS

PROPUESTAS	
GESTIÓN	• Propuesta de regulación a los cambios de las Isapres de algunos beneficiarios antes cautivos.
CREACIÓN DE RECURSOS	
FINANCIAMIENTO	• Creación de un fondo de compensación para beneficiarios con enfermedades crónicas o de alto costo.
PROVISIÓN DE SERVICIOS	

Propuesta Asociación de Isapre, según Desafíos de Salud

PROPUESTAS	
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	
COSTOS PRODUCTIVIDAD	
ESTILOS DE VIDA	
EQUIDAD Y ACCESO	

Propuesta Asociación de Isapres, según Desafíos de la Transición

PROPUESTAS	
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	
DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN	

3. Propuesta Paraje (Paraje et al., 2014)

Descripción

En su presentación "Propuesta de Reformas al Sistema de Salud", los autores proponen sus modificaciones al sistema de salud, esencialmente en tres temas: creación de un plan universal, evitar la selección de riesgos por parte de las aseguradoras y licencias médicas.

- La propuesta considera, en primer lugar, la definición de un "Plan Único Mínimo Garantizado de Salud" (PUMGS).
- Cubre prestaciones y atenciones: GES y no GES, Preventivas.
- El precio del PUMGS es determinado por la autoridad.
- Todas las prestaciones tienen copago máximo o copago cero.
- Existe un tope de gasto anual.
- Las aseguradoras no pueden negar la afiliación, ni limitar la cobertura de las prestaciones del PUMGS.
- Considera Prima diferenciadas para niños y adultos.
- El PUMGS se financia con la cotización del 7% del ingreso total imponible. El Estado complementará el pago del plan, cuando la cotización no alcance a cubrir la prima del plan para el grupo familiar.
- Aquellos que requieran de aportes públicos no pueden afiliarse a una Isapre.
- Considera un Fondo de Compensación donde la suma de los pagos por el PUMGS se distribuyen ente las aseguradoras (Isapres y Fonasa) según riesgo (sexo, edad, región, zona, ocupación, nivel de educación).
- Las Isapres deben ofrecer un número reducido de Planes alternativos que comprenderán el PUMGS más otras coberturas, cuyos precios son fijados por las propias Isapres.

Adicionalmente, para evitar la selección de riesgos, para aquellos individuos que en el periodo de un año han gastado más de un 100% de su gasto esperado, se propone la compensación monetaria para la compañía de seguros que lo adscriba.

Por último, con el objetivo de reducir la extensión de licencias no necesarias y reducir las de larga duración, se propone la reducción de los días de carencia desde los actuales tres días a dos y propone la introducción de copagos (no cobertura del 100% de la remuneración).

Propuesta Paraje, según Principios de la Seguridad Social

PROPUESTAS	
SOLIDARIDAD	• Fondo de Compensación donde la suma de los pagos por el PUMGS se distribuyen ente las aseguradoras (Isapres y Fonasa) según riesgo (sexo, edad, región, zona, ocupación, nivel de educación)
UNIVERSALIDAD	
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	• Definición de un "Plan Único Mínimo Garantizado de Salud" (PUMGS)

Propuesta Paraje, según Función de la OMS

PROPUESTAS	
GESTIÓN	Se define un "Plan Único Mínimo Garantizado de Salud" • Cubre Ges, No Ges y Preventivas. • Con precio de prima definido por la autoridad. • Con copago máximo y tope de gasto de bolsillo.
CREACIÓN DE RECURSOS	
FINANCIAMIENTO	• El PUMGS se financia con el 7% más un aporte subsidiario estatal solo para los afiliados al Fonasa. • Se define un Fondo de Compensación que se financia con el pago de las primas de Isapres y Fonasa y se distribuye según riesgo.
PROVISIÓN DE SERVICIOS	

Propuesta Paraje, según Desafío de Salud

PROPUESTAS	
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	
COSTOS PRODUCTIVIDAD	
ESTILOS DE VIDA	
EQUIDAD Y ACCESO	• Definición de un "Plan Único Mínimo Garantizado de Salud" (PUMGS).

Propuesta Paraje, según Desafíos de la Transición

PROPUESTAS	
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	• Considera un Fondo de Compensación donde la suma de los pagos por el PUMGS se distribuyen ente las aseguradoras (Isapres y Fonasa) según riesgo (sexo, edad, región, zona, ocupación, nivel de educación).
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	
DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN	

4. Propuesta de la Comisión "Mejor Salud: Más Protección, Menos Desigualdad" (Castillo et al., 2013)

Descripción

En el informe de la Comisión Mejor Salud: Más Protección, Menos Desigualdad" se presentan seis propuestas de reforma.

En primer lugar, el fortalecimiento de la Atención Primaria a través de la creación y fortalecimiento de programas en las siguientes áreas:

- Diabetes e hipertensión arterial en adultos mayores y su financiamiento (US$ 30 millones).
- Adultos mayores autovalentes.
- Más médicos.
- Servicios de Atención Primaria de urgencia de alta resolución.
- Más cobertura en salud dental, a través de la incorporación de distintos programas.
- Aumento en el Financiamiento de la Atención Primaria y reformulación del per-cápita.
- Programas y estrategias para la promoción y prevención de salud, en términos individuales y grupales.

En segundo lugar, integración de las redes asistenciales y gestión hospitalaria en red, a través de las siguientes medidas:

- Integración de la red enfocada a la gestión de pacientes con enfermedades crónicas, con modelos predictivos, integración de la información, incorporación de los servicios ambulatorios de urgencia.
- Gestión hospitalaria en red. (se esboza la problemática, pero no se presenta propuesta explícita)
- Hacer frente a la deuda hospitalaria. (se esboza la problemática, pero no se presenta propuesta explícita)
- Fortalecimiento de la red hospitalaria pública y mejora de su gestión, con un incremento de las camas del sector público, para gradualmente evitar el traslado de pacientes al sector privado; creación de un Centro de Procesos de Gestión Hospitalaria de Excelencia (alianza con la Universidad de Chile), potenciación de la gestión centralizada de las camas críticas, reevaluación del rol de los hospitales comunitarios, mejoras en el área de atención prehospitalaria.

En tercer lugar, el diseño de una política nacional de medicamentos, mediante la creación de un Fondo Nacional de Medicamentos y un Fondo Especial de Medicamentos de Alto Costo.

En cuarto lugar, propone mayor solidaridad en el Financiamiento del Sistema de Salud y "Terminar con los Abusos de las Isapre", a través de la limitación de los copagos, eliminar las preexistencias y la cautividad que estas originan, y plantea una mayor regulación sobre los precios de las primas de las Isapre.

En quinto lugar, postula la formación y retención de especialistas en el sistema público, a través de la implementación de un Plan Nacional de Formación de Especialistas con mayor capacidad y calidad; mejor regulación de los sistemas de financiamiento, de manera que aquellos especialistas que fueron formados con recursos públicos retribuyan de manera justa al país.

Por último, ejecutar un Plan Nacional de Inversión en Salud, que permitirá la ampliación y fortalecimiento de la red en todos sus niveles (red hospitalaria, red ambulatoria, equipamiento y ambulancias).

Propuesta Comisión "Mejor Salud: Más Protección, Menos Desigualdad", según Principios de la Seguridad Social

PROPUESTAS	
SOLIDARIDAD	• Fondo Nacional de Medicamentos y un Fondo Especial de Medicamentos de Alto Costo
UNIVERSALIDAD	
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	

Propuesta Comisión "Mejor Salud: Más Protección, Menos Desigualdad", según Función de la OMS

PROPUESTAS	
GESTIÓN	Creación o perfeccionamiento de programas: • Diabetes e hipertensión arterial. • Adultos mayores autovalentes. • Salud dental. • Programas de promoción y prevención en salud. • Integración de las redes asistenciales y gestión hospitalaria en red. • En Isapre eliminar las preexistencias y la cautividad
CREACIÓN DE RECURSOS	• Plan Nacional de Formación de Especialistas. • Mejor regulación, donde, especialistas formados con recursos públicos retribuyan al país con servicio público. • Plan Nacional de Inversión en Salud, para ampliar y fortalecer todos los niveles de atención.
FINANCIAMIENTO	• Mayor financiamiento para APS y reforma del per-cápita (pro resolutividad). • Limitación de copagos (Isapre y Fonasa)
PROVISIÓN DE SERVICIOS	• Más médicos de APS • Servicio de atención primaria de urgencia de alta resolución. • Incremento de camas hospitalarias • Fondo Nacional de medicamentos y Fondo Especial de Medicamentos de Alto Costo.

Propuesta Comisión "Mejor Salud: Más Protección, Menos Desigualdad", según Desafío de Salud

PROPUESTAS	
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	• Programas de diabetes e hipertensión arterial en adultos mayores.
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	
COSTOS PRODUCTIVIDAD	• Fortalecimiento de la red hospitalaria pública y mejora de su gestión, con un incremento de las camas del sector público, para gradualmente evitar el traslado de pacientes al sector privado; creación de un Centro de Procesos de Gestión Hospitalaria de Excelencia (alianza con la Universidad de Chile), potenciación de la gestión centralizada de las camas críticas, reevaluación del rol de los hospitales comunitarios, mejoras en el área de atención prehospitalaria.
ESTILOS DE VIDA	• Programas y estrategias para la promoción y prevención de salud, en términos individuales y grupales
EQUIDAD Y ACCESO	

Propuesta "Mejor Salud Menos Desigualdad", según Desafíos de la Transición

PROPUESTAS	
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	• Aumento en el Financiamiento de la Atención Primaria y reformulación del per-cápita.
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	
DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN	

5. Propuesta Pontificia Universidad Católica (Cid, Torche, Herrera, Bastías, & Barrios, 2013)

Descripción

En su documento "Bases para una Reforma Necesaria al Seguro Social Chileno" (Cid, Torche, Herrera, Bastías, & Barrios, 2013), los autores plantean esencialmente la creación de un Fondo de Compensación, denominado "Fondo Central", que permitirá compensar los riesgos entre las aseguradoras (pública y privadas). Este fondo se financiaría con el 7% de cotización obligatoria, más subsidios fiscales a aquellos cuyo 7% no alcance para cubrir las primas base, que sólo se otorga a aquellos que están afiliados al seguro público. La recaudación del fondo se reparte en las aseguradoras según riesgo y servirá para entregar cobertura a un paquete universal de prestaciones.

Adicionalmente, se propone ampliar el tope de renta imponible a 90 UF, con el objetivo de aumentar el monto recaudado por el Fondo.

Propuesta Pontificia Universidad Católica, según Principios de la Seguridad Social

PROPUESTAS	
SOLIDARIDAD	• Creación de un fondo de compensación de riesgos que se financia con el 7% de cotización obligatoria, más aportes fiscales para aquellos cuyo 7% no alcanza para cubrir las primas. El fondo traspasa recursos a los seguros (públicos y privados) primas ajustadas por riesgo.
UNIVERSALIDAD	
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	• La prima del fondo servirá para financiar un paquete universal de prestaciones

Propuesta Pontificia Universidad Católica, según Función de la OMS

PROPUESTAS	
GESTIÓN	
CREACIÓN DE RECURSOS	
FINANCIAMIENTO	• Creación de un fondo de compensación de riesgos que se financia con el 7% de cotización obligatoria, más aportes fiscales para aquellos cuyo 7% no alcanza para cubrir las primas. El fondo traspasa recursos a los seguros (público y privados) primas ajustadas por riesgo. • La prima del fondo servirá para financiar un paquete universal de prestaciones. • Se propone un aumento del tope de renta imponible, desde el actual 7% a un 9%.
PROVISIÓN DE SERVICIOS	

Propuesta Pontificia Universidad Católica, según Desafíos de Salud

PROPUESTAS	
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	
COSTOS PRODUCTIVIDAD	
ESTILOS DE VIDA	
EQUIDAD Y ACCESO	• La prima del fondo servirá para financiar un paquete universal de prestaciones

Propuesta Pontificia Universidad Católica, según Desafíos de la Transición

PROPUESTAS	
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	• Creación de un Fondo de Compensación, denominado "Fondo Central", que permitirá compensar los riesgos entre las aseguradoras
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	
DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN	

6. Propuesta Colegio Médico (Colegio Médico de Chile A.G., 2013)

Descripción

El Colegio Médico, en su documento "Humanizar la Salud en Chile", plantea sus propuestas de reforma al Sistema de Salud Nacional, en las áreas de: determinantes sociales, atención de salud y condiciones de los trabajadores de salud.

En primer lugar, ofrece propuestas en al área de las determinantes sociales:

- Generar equipos de trabajo y recursos para financiar la promoción y prevención en salud.
- Diseñar un Plan Nacional y Planes Regionales de promoción y prevención en salud.
- Publicar resultados de un monitoreo de indicadores de calidad del medioambiente (aire, agua).
- Diseño de programas para disminuir prevalencia de sobrepeso, sedentarismo, consumo de alcohol, sobreconsumo de sal, tabaquismo y desarrollo de infancia saludable.
- Elaboración de Planes Nacionales de Atención que se hagan cargo de la diversidad cultural.
- Reformar las políticas de prevención, control y tratamiento del uso de drogas, con un enfoque sociosanitario.
- Fortalecer y actualizar normas de fomento y protección de la salud de los trabajadores, en especial las referidas a las condiciones sanitarias y ambientales del lugar de trabajo.
- Revisar normas de calidad del aire, suelo y agua.
- Diseñar propuestas para fortalecer la fiscalización y control en bioseguridad.

En segundo lugar, están sus propuestas relacionadas con la Atención de Salud.

- Donde se plantea el fortalecimiento en la provisión de atención ambulatoria, mejoras en equipamiento y tecnología, aumento en la dotación de horas médicas, potenciar el rol del Ministerio de Salud en la Ley de concesiones.
- Formulación de un nuevo plan de salud familiar y comunitaria, nuevo modelo de atención de urgencia, un plan nacional de inversión en infraestructura y equipamiento en salud.

Por último, aborda las exigencias para trabajar en salud.

- Donde se propone aumentar las exigencias a las Universidades sobre el licenciamiento y acreditación de los profesionales de salud, participación Ministerial de Salud en el diseño curricular de las carreras del área, evaluación de los egresados de carreras de salud y el establecimiento de un sistema nacional de certificación.
- Adicionalmente, postula mayores remuneraciones para los distintos tipos de médicos y políticas de retención.

Propuesta Colegio Médico, según Principios de la Seguridad Social

PROPUESTAS	
SOLIDARIDAD	
UNIVERSALIDAD	
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	

Propuesta Colegio Médico, según Función de la OMS

PROPUESTAS	
GESTIÓN	Diseño y modificación de políticas, planes y programas. • plan prevención y promoción. • programa para disminuir la prevalencia de sobrepeso y otros relacionados con hábitos. • plan de atención que considera la diversidad cultural. • políticas de prevención, control y tratamiento del uso de drogas. • normas sobre condiciones laborales. • normas ambientales (aire, suelo y agua). • normas de control y fiscalización de bioseguridad. • plan de salud familiar y comunitaria.
CREACIÓN DE RECURSOS	• Intervención estatal y aumento de las exigencias en la educación de los profesionales de salud, en su licenciamiento y certificación.
FINANCIAMIENTO	• Más recursos para financiar promoción y prevención en salud. • Mejores condiciones económicas a médicos del sistema público.
PROVISIÓN DE SERVICIOS	• Fortalecimiento de la provisión de salud ambulatoria (infraestructura, equipamiento, tecnología y recursos humanos).

Propuesta Colegio Médico, según Desafíos de Salud

PROPUESTAS	
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	• Generar equipos de trabajo y recursos para financiar la promoción y prevención en salud. • Diseñar un Plan Nacional y Planes Regionales de promoción y prevención en salud.
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	
COSTOS PRODUCTIVIDAD	
ESTILOS DE VIDA	• Diseño de programas para disminuir prevalencia de sobrepeso, sedentarismo, consumo de alcohol, sobreconsumo de sal, tabaquismo y desarrollo de infancia saludable. • Reformar las políticas de prevención, control y tratamiento del uso de drogas, con un enfoque sociosanitario.
EQUIDAD Y ACCESO	

Propuesta Colegio Médico, según Desafíos de la Transición

PROPUESTAS	
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	• Propone un fondo de compensación entre las aseguradoras privadas, a través del cual las aseguradoras que tienen pocos beneficiarios con enfermedades crónicas o de alto costo, traspasan recursos a las que tienen más beneficiarios con enfermedades crónicas o de alto costo.
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	
DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN	

7. Propuesta Grupo Respública (Grupo Respública Chile, 2013)

Descripción

En el texto "Un Sistema de Salud para el Siglo XXI", los autores plantean cuatro reformas al sistema de salud.

En primer lugar, se aborda el fortalecimiento del Fonasa en su función de compra económica y sanitaria (compra inteligente y costo efectiva)

- Modificación del Gobierno Corporativo del Fonasa, con la creación de un Consejo Directivo designado por mayorías parlamentarias, de manera de tener objetivos y principios de largo plazo, que no dependan del gobierno de turno.
- Incorporar instrumentos que permitan ser un comprador inteligente, a través de: criterios objetivos para la compra de prestaciones, exigencia de guías de práctica y protocolos, acreditación de los prestadores públicos, utilizar el poder de compra para modelar la oferta de prestaciones costo efectivas.

En segundo lugar, se postula convertir al Fonasa en un seguro de primer piso, transformándolo en un seguro público universal, financiado con las cotizaciones obligatorias y las personas pueden complementar su cobertura a través de seguros privados (Isapre).

En tercer lugar, propone fortalecer la atención primaria y su capacidad resolutiva. Lo anterior a través de: reforzar la rectoría técnica del Minsal, potenciar la inversión en equipamiento para incrementar la resolutividad, modificar el per-cápita para castigar derivaciones innecesarias.

Por último, se plantea la necesidad de hacerse cargo de la temática de los adultos mayores, a través de la innovación en las políticas para su cuidado.

Propuesta Res Pública, según Principios de la Seguridad Social

PROPUESTAS	
SOLIDARIDAD	• Convertir al Fonasa en un seguro de primer piso, transformándolo en un seguro público universal, financiado con las cotizaciones obligatorias
UNIVERSALIDAD	
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	

Propuesta Res Pública, según Función de la OMS

PROPUESTAS	
GESTIÓN	• Modificación del Gobierno Corporativo del Fonasa, con la creación de un Consejo Directivo. • Fortalecer la rectoría técnica del Minal en APS. • Diseño de políticas diseñadas para hacerse cargo de las necesidades de los adultos mayores.
CREACIÓN DE RECURSOS	
FINANCIAMIENTO	• Modificar el per-cápita de APS, para asegurar un desempeño adecuado. • Transformar al Fonasa en un seguro público universal de primer piso, financiado con las cotizaciones obligatorias y aporte fiscal. • Las personas pueden complementar su cobertura con seguros privados (ISAPRES u otros), financiados de su bolsillo.
PROVISIÓN DE SERVICIOS	• Potenciar la inversión en APS, para incrementar la resolutivitas.

Propuesta Res Pública, según Desafíos de la Salud

PROPUESTAS	
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	• Hacerse cargo de la temática de los adultos mayores, a través de la innovación en las políticas para su cuidado.
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	
COSTOS PRODUCTIVIDAD	• Incorporar instrumentos que permitan al Fonasa ser un comprador inteligente, a través de: criterios objetivos para la compra de prestaciones, exigencia de guías de práctica y protocolos, acreditación de los prestadores públicos, utilizar el poder de compra para modelar la oferta de prestaciones costo efectivas.
ESTILOS DE VIDA	
EQUIDAD Y ACCESO	

Propuesta Comisión Res Pública, según Desafíos de la Transición

DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN	
PROPUESTAS	
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	

8. Propuesta Iniciativa Ciudadana Salud Justa (Iniciativa Ciudadana Salud Justa, 2013)

Descripción

En su documento denominado "Iniciativa Ciudadana Salud Justa" se plantean reformas en siete áreas de trabajo:

- Creación de un Seguro Obligatorio Nacional Único Solidario. Este seguro incluye a los actuales Fonasa, Isapre y mutualidades y se financia con un aporte del 9% de la renta imponible.
- Remunicipalización de la Atención Primaria.
- Descentralización de la Red de Salud.
- Aumentar las exigencias para la formación de profesionales de la salud y que todos los trabajadores de la salud (públicos o privados) tengan carrera funcionaria y mejoras en capacitación y condiciones de trabajo, en especial mejores remuneraciones.
- Incorporación de innovaciones en la gestión a través de: ficha electrónica nacional única, telemedicina, docencia e investigación, manejo clínico y cooperación internacional.
- Existencia de seguros de salud privados como coasegurador. Aquellos que deseen estar en una Isapre podrán afiliarse a ella, sin embargo, seguirán aportando su 9% al Fondo Único Nacional.
- Creación de un Instituto de Salud Pública, institución estatal que planifique y controle la salud.

Propuesta Salud Justa, según Principios de la Seguridad Social

PROPUESTAS	
SOLIDARIDAD	• La creación de un Seguro Obligatorio Nacional Único Solidario. Este seguro incluye a los actuales Fonasa, Isapres y mutualidades y se financia con un aporte del 9% de la renta imponible
UNIVERSALIDAD	
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	

Propuesta Salud Justa, según Función de la OMS

PROPUESTA	
GESTIÓN	• Creación del instituto de Salud Pública.
CREACIÓN DE RECURSOS	• Aumento en las exigencias para la formación de los profesionales de la salud.
FINANCIAMIENTO	• Creación del Seguro Obligatorio Nacional Único Solidario, financiado con un 9% de la renta imponible. • Las Isapres se convierten en coaseguradoras, financiadas sólo con aportes adicionales.
PROVISIÓN DE SERVICIOS	• Descentralización de la Red de Salud. • Desmunicipalización de la Atención primaria.

Propuesta Salud Justa, según Desafíos de Salud

PROPUESTAS	
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	
COSTOS PRODUCTIVIDAD	
ESTILOS DE VIDA	
EQUIDAD Y ACCESO	

Propuesta Iniciativa Salud Justa, según Desafíos de la Transición

PROPUESTAS	
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	• La creación de un Seguro Obligatorio Nacional Único Solidario. Este seguro incluye a los actuales Fonasa, Isapres y mutualidades y se financia con un aporte del 9% de la renta imponible.
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	
DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN	

9. Propuesta FENPRUSS (FENPRUSS, 2013)

Descripción

En su documento "La Salud que Soñamos es Posible, Ideas para un programa de gobierno en materia de salud" la FENPRUSS expone sus principales propuestas.

En primer lugar, plantea la modificación a la Constitución Política del Estado, de manera tal que reconozca a la salud como un Derecho Humano Fundamental, con cobertura universal, que funcione en red y respete las características socio culturales de los pueblos originarios.

Postula el fortalecimiento de la salud pública y su sistema de financiamiento:
- Provisión de los servicios públicos sea responsabilidad del estado.
- Aumento en el aporte fiscal directo (desde 2,05 a 6% del PIB, a través de reforma tributaria y/o aporte patronal).
- Fiscalización de los fondos que son transferidos a la salud privada.

Así también, se refiere al fortalecimiento de la red asistencial pública a través de:
- Sistema de salud con perspectiva multisectorial que considere las determinantes sociales de salud y la variable epidemiológica.
- Fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia a través de la creación de una Ficha Única Cínica de Salud.
- Que la atención primaria vuelva a ser responsabilidad de los Servicios de Salud.
- Terminar con el proceso de concesiones privadas de la infraestructura pública.
- Potenciar el rol de la Cenabast.
- Profundizar el trabajo del Instituto de Salud Pública.

Fenpruss propone el fin del lucro en salud la pública, referido a:
- En concesiones
- En trasferencias de fondos públicos a prestadores privados.
- En la política de autogestión.
- En medicamentos.
- En las Isapres.

Y en cuanto a los trabajadores de la salud postula trabajar en el desarrollo de:
- Una política de recursos humanos que garantice mayor estabilidad laboral a los trabajadores (plan de mejoramiento de las condiciones laborales)
- Un estudio de brechas de personal en todos los estamentos y profesiones que conforman los equipos de salud.
- Formación de profesionales y técnicos que dependa de la necesidad y no de la competencia y el mercado.
- Avanzar en los criterios de acreditación.

Propuesta Fenpruss, según los Principios de la Seguridad Social

PROPUESTAS	
SOLIDARIDAD	
UNIVERSALIDAD	
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	

Propuesta Fenpruss, según Función de la OMS

PROPUESTAS	
GESTIÓN	• Fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia a través de la creación de una Ficha Única Cínica de Salud. • Potenciar el rol de la Cenabast. • Profundizar el trabajo del Instituto de Salud Pública.
CREACIÓN DE RECURSOS	• Terminar con el proceso de concesiones privadas de la infraestructura pública.
FINANCIAMIENTO	• Aumento en el aporte fiscal directo (desde 2,05 a 6% del PIB, a través de reforma tributaria y/o aporte patronal). • Fiscalización de los fondos que son transferidos a la salud privada.
PROVISIÓN DE SERVICIOS	• Que la provisión de los servicios públicos sea responsabilidad del Estado. • Que la atención primaria vuelva a ser responsabilidad de los Servicios de Salud. • Desarrollo de estudios de brechas de personal en todos los estamentos y profesiones que conforman los equipos de salud. • Avanzar en los criterios de acreditación.

Propuesta Fenpruss, según Desafíos de Salud

PROPUESTAS	
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	• Sistema de salud con perspectiva multisectorial que considere las determinantes sociales de salud y la variable epidemiológica.
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	
COSTOS PRODUCTIVIDAD	
ESTILOS DE VIDA	
EQUIDAD Y ACCESO	

Propuesta Fenpruss, según Desafíos de la Transición

PROPUESTAS	
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	• Aumento en el aporte fiscal directo (desde 2,05 a 6% del PIB, a través de reforma tributaria y/o aporte patronal).
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	• Fortalecer los sistemas de referencia y contra referencia a través de la creación de una Ficha Única Cínica de Salud.
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	
DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN	

10. Propuesta de Mayoría de la Comisión Nacional de Salud, del Gobierno del presidente, Sebastián Piñera (Comisión Presidencial de Salud, 2010)

Descripción

En el informe final de la Comisión se presentó un conjunto de lineamientos de reforma al sistema de salud en las áreas de: Subsidio por Incapacidad Laboral, alternativas para el Financiamiento del Sistema de Salud, fortalecimiento y modernización de la Prestación Pública de Servicios de Salud, medicina preventiva y acciones de Salud Pública y el Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

En primer lugar, se proponen reformas al Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL), en los siguientes términos:

- Un nuevo modelo de gestión del sistema de licencias médicas, con el objetivo que efectivamente sirva para cubrir la necesidad de reposo por enfermedad. Para lo anterior se propone:
  - Sacar el SIL del ámbito de los seguros de salud.
  - Reducir los días de deducible, pero aplicado a todas las licencias.
  - Reducción de la tasa de sustitución de la renta (copago).
  - La obligación de iniciar acciones civiles frente al mal uso de este beneficio.
  - Establecimiento de las referencias de duración y tipos de reposo. Así como control de licencias prolongadas.
  - Extender el uso de licencia electrónica.
- En cuanto al financiamiento del sistema de salud, los autores proponen:
  - La creación de un "Plan Universal de Seguridad Social en Salud" con las siguientes características:
    - Será el eje de la seguridad social en Chile.
    - Igual para todos los chilenos.
    - Las personas pueden elegir entre dos modalidades de atención: prestadores públicos y privados.
    - Sin copago para personas indigentes, sin cotizaciones y con cotizaciones bajas.
    - Con copago para las personas con rentas superiores a una mínima fijada por el estado.
- En relación con el financiamiento de este Plan, se propusieron dos alternativas una de mayoría y otra de minoría. La alternativa de mayoría considera:
  - La definición de una "Prima Per Cápita Sanitaria Universal".
  - La creación de un Fondo de Compensación por riesgo, que se financia con una cotización obligatoria (6%), aporte total del estado para los indigentes y no cotizantes, aporte parcial del estado para aquellos cuyas cotizaciones no alcanzan para financiar a cada beneficiario.
  - Este fondo compensa por los riesgos de género y edad y por ingreso hasta la renta imponible.
- La postura de minoría del financiamiento considera:
  - A diferencia de la alternativa de mayoría, la opción de minoría no considera un fondo de compensación. Y plantea que la solidaridad debería provenir de aportes estatales.
  - Cotización legal del 6% de la renta imponible del trabajador o el valor del plan obligatorio para el grupo familiar, lo que sea menor.
  - La cotización solidaria cubriría la diferencia, entre el valor actuarial ajustado por riesgo del Plan de Seguro de Salud Obligatorio para un determinado grupo familiar y lo que cotizan los miembros que trabajan de esa familia.

En Segundo lugar, se proponen reformas al Sistema de Salud Público, en los siguientes términos:

- Generar incentivos para la prevención y promoción en todo el sistema de salud.
- En atención primaria: precisar su capacidad resolutiva, profundizar el modelo de salud familiar, reestudiar el modelo del per-cápita, reconsiderar su dependencia municipal y mejorar su vinculación de cooperación con los hospitales.
- Mayor financiamiento para infraestructura asistencial hospitalaria y de APS. Vinculando en forma clara la inversión con las necesidades de gestión.
- Desarrollo eficaz de un modelo de gestión clínica y financiera, lo anterior en el camino hacia la autogestión hospitalaria.
- Fortalecimiento de los modelos de concesiones hospitalarias.
- Transformación progresiva del gestor de la red asistencial, a través de un modelo de gobierno corporativo.
- Definición de políticas de formación de especialistas.
- Implementación de un nuevo trato laboral con los médicos y otros profesionales del sistema público.
- Modificar los métodos de financiamiento de los hospitales, hacia un enfocado en la prestación de servicios y/o resultados.
- En cuanto a la formación de especialistas, se propone:
  - Acreditación de los centros formadores de especialistas.
  - Incentivos para la formación de especialidades en falencia.
  - Cupos de formación regulados por el ministerio en base a necesidades nacionales.

En tercer lugar, se proponen reformas en las áreas de prevención y salud pública en los siguientes términos:

- Implantación de un "GES examen preventivo".
- Diseño de programas y políticas de salud pública para hacer frente a: tabaquismo, sobrepeso y obesidad, bebedor problema, enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias adictivas, vida sedentaria, trastornos (psicosociales, depresión, conductas agresivas, strés) y donación de órganos y tejidos para trasplantes.

Por último, se propone que el estado deje de otorgar el Seguro de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales.

Propuesta Comisión Presidencial 2010, según Principios de la Seguridad Social

PROPUESTAS	
SOLIDARIDAD	• Propuesta mayoritaria: definición de una "Prima Per Cápita Sanitaria Universal" y la creación de un Fondo de Compensación por riesgo, que se financia con una cotización obligatoria (6%). • Propuesta minoritaria: Cotización legal del 6% de la renta imponible del trabajador o el valor del plan obligatorio para el grupo familiar, lo que sea menor. Más una cotización estatal solidaria que cubriría la diferencia, entre el valor actuarial ajustado por riesgo del Plan de Seguro de Salud Obligatorio y la cotización obligatoria.
UNIVERSALIDAD	• La creación de un "Plan Universal de Seguridad Social en Salud".
PARTICIPACIÓN	
IGUALDAD	• La creación de un "Plan Universal de Seguridad Social en Salud".

Propuesta Comisión Presidencial 2010, según Función de la OMS

PROPUESTAS	
GESTIÓN	• Un nuevo modelo de gestión del sistema de licencias médicas. • La creación de un "Plan Universal de Seguridad Social en Salud". • Implantación de un "GES examen preventivo". • Diseño de programas y políticas de salud pública para hacer frente a estilos de vida poco saludables y otros. • Nuevo gobierno corporativo para el gestor de redes.
CREACIÓN DE RECURSOS	• Mayor financiamiento para infraestructura asistencial hospitalaria y de APS. Vinculando en forma clara la inversión con las necesidades de gestión. • Definición de políticas para la formación de especialistas.
FINANCIAMIENTO	• Propuesta mayoritaria: definición de una "Prima Per Cápita Sanitaria Universal" y la creación de un Fondo de Compensación por riesgo, que se financia con una cotización obligatoria (6%). • Propuesta minoritaria: Cotización legal del 6% de la renta imponible del trabajador o el valor del plan obligatorio para el grupo familiar, lo que sea menor. Más una cotización estatal solidaria que cubriría la diferencia, entre el valor actuarial ajustado por riesgo del Plan de Seguro de Salud Obligatorio y la cotización obligatoria. • Modificar los modelos de financiamiento hospitalario. • Reestudiar el per-cápita y reconsiderar la dependencia municipal de APS.
PROVISIÓN DE SERVICIOS	• Modelos de gestión clínica y financiera (hacia la autogestión hospitalaria)

Propuesta Comisión Presidencial 2010, Según Desafío de Salud

PROPUESTAS	
DEMOGRAFÍA Y ENF. CRÓNICAS	• Generar incentivos para la prevención y promoción en todo el sistema de salud.
PROGRESO TECNOLÓGICO	
EXPECTATIVAS Y SATISFACCIÓN	• La creación de un "Plan Universal de Seguridad Social en Salud".
COSTOS PRODUCTIVIDAD	• Un nuevo modelo de gestión del sistema de licencias médicas, con el objetivo que efectivamente sirva para cubrir la necesidad de reposo por enfermedad. • Desarrollo eficaz de un modelo de gestión clínica y financiera, lo anterior en el camino hacia la autogestión hospitalaria. • Fortalecimiento de los modelos de concesiones hospitalarias. • Modificar los métodos de financiamiento de los hospitales, hacia uno enfocado en la prestación de servicios y/o resultados.
ESTILOS DE VIDA	• Diseño de programas y políticas de salud pública para hacer frente a: tabaquismo, sobrepeso y obesidad, bebedor problema, enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias adictivas, vida sedentaria, trastornos (psicosociales, depresión, conductas agresivas, strés) y donación de órganos y tejidos para trasplantes.
EQUIDAD Y ACCESO	• La creación de un "Plan Universal de Seguridad Social en Salud".

Propuesta Comisión Presidencial 2010, según Desafíos de la Transición

PROPUESTAS	
MANTENER EQUILIBRIOS FISCALES	
EVITAR MIGRACIÓN	
MODERNIZAR SISTEMA PRESTADOR PÚBLICO	• Desarrollo eficaz de un modelo de gestión clínica y financiera, lo anterior en el camino hacia la autogestión hospitalaria. • Fortalecimiento de los modelos de concesiones hospitalarias. • Transformación progresiva del gestor de la red asistencial, a través de un modelo de gobierno corporativo.
IMPLEMENTAR REFORMAS AL FINANCIAMIENTO	• La creación de un Fondo de Compensación por riesgo, que se financia con una cotización obligatoria (6%), aporte total del estado para los indigentes y no cotizantes, aporte parcial del estado para aquellos cuyas cotizaciones no alcanzan para financiar a cada beneficiario. • Modificar los métodos de financiamiento de los hospitales, hacia un enfocado en la prestación de servicios y/o resultados.
DESARROLLO TECNOLÓGICO DE SISTEMA DE INFORMACIÓN	
ESTABILIDAD JURÍDICA SEGURO-ASEGURADO	
DEFINICIÓN DE ETAPAS TRANSICIÓN	

Universidad Andrés Bello®

UNA COLABORACIÓN CONJUNTA DE LOS ACADÉMICOS DEL
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD ANDRÉS BELLO: