

PROTECCIÓN

SOCIAL EN SALUD EN CHILE



2007



Este documento fue elaborado bajo la dirección y coordinación editorial de Rafael Urriola U., Jefe del Departamento de Planeamiento Institucional de Fonasa.

Contribuyeron a este estudio José Angulo, Sandra Madrid, Marcela Cameratti, Rodrigo Castro, Roberto Muñoz, Tatiana Puebla.

Colaboraron con la diagramación, Patricia Jorquera y Gabriel Salcedo.

GRAFIKA MARMOR

NUMERO ISBN

PROTECCIÓN

SOCIAL EN SALUD EN CHILE



Fondo Nacional de Salud

Director

Dr. Hernán Monasterio Irazoque

Departamento de Fiscalía

Erika Díaz Muñoz

Departamento de Auditoría

María Isabel Rodríguez Miranda

Departamento de Operaciones

Jorge Echeñique Mora

Departamento de Planeamiento Institucional

Rafael Urriola Urbina

Departamento de Gestión de Tecnologías de Información

Rodrigo Castro Apablaza

Departamento de Finanzas

Pablo Venegas Díaz

Departamento de Comercialización

Cecilia Jarpa Zúñiga

Departamento de Control y Calidad de Prestaciones

Gladys Olmos Gárate

Oficina de Marketing

Roxana Muñoz Flores

Oficina de Relaciones Institucionales

Ignacio Vidaurrázaga Manríquez

INDICE

PRESENTACION

INTRODUCCION

I.- PROTECCION SOCIAL: DEFINICIONES BASICAS

Derechos civiles y derechos sociales
Los conceptos y concepciones de la protección social
Protección social y sostenibilidad de la universalidad en base a trabajo formal
Protección social y cohesión social
Protección social y equidad

II.- COBERTURA HORIZONTAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN CHILE

- a) **¿Quiénes no tienen seguridad social en salud en Chile?**
- i) Población sin Seguro Social en Salud según Quintiles de Ingresos
 - ii) Personas que no trabajan y no tienen Seguridad Social en Salud
 - iii) Trabajadores sin Seguridad Social en Salud
 - iv) Seguridad Social en Salud de los ocupados según tiempo de trabajo y tipo de contrato
- b) **Trabas al acceso a la seguridad social en salud**

III.- COBERTURA VERTICAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN CHILE: ¿A qué se Accede Universalmente?

- a) **Atención Primaria de Salud (APS)**
- b) **Atenciones de Urgencia**
- c) **Plan AUGE**

IV.- PROTECCION SOCIAL Y PROTECCION FINANCIERA

- a) **Papel de los Seguros**
- i) Estructura de Financiamiento de la Salud en Chile
 - Aporte Fiscal y Cotizaciones de los Trabajadores
 - Los Gastos de Bolsillo
 - ii) Estimaciones del costo de los medicamentos en Chile
 - Índice de precios y canasta de salud
 - Equidad horizontal en el uso de medicamentos
- b) **Cobertura financiera del seguro público**
- i) Cobertura general
 - ii) Protección financiera normal y adicional en el Plan Auge
- c) **Programas especiales del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y su cobertura financiera**
- i) El Seguro catastrófico
 - ii) Programa Adulto Mayor
 - iii) Programa Oportunidad en la Atención
 - iv) Modalidad libre elección
 - v) Programa Préstamos Médicos

CONCLUSIONES Y PRINCIPALES DESAFIOS

- a) Conclusiones
- b) Agenda de futuro

ANEXOS

- ANEXO I.- Plan De Salud Familiar En Atención Primaria De Salud
- ANEXO II.- Bonificaciones Inferiores Al 80% Otorgadas Por Fonasa
- ANEXO III.- Bienes y Servicios que componen el Sector Salud en el IPC elaborado por el INE
- ANEXO IV.- Casos AUGE atendidos con cobertura Fonasa hasta diciembre de 2006

INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

- Cuadro 1.- Chile: Protección de la seguridad social (2006)
- Cuadro 2.- Chile: beneficiarios de los seguros de salud (1997-2006)
- Cuadro 3.- Población según relación al trabajo
- Cuadro 4.- Población sin seguridad social en salud según actividad
- Cuadro 5.- Trabajadores sin seguridad social en salud según rama de actividad económica por sexo
- Cuadro 6.- Ocupados sin seguridad social en salud según categoría ocupacional
- Cuadro 7.- Clasificación ocupacional de trabajadores por cuenta propia (TCP), sin seguridad social de salud
- Cuadro 8.- Empleados u obreros del sector privado sin seguridad social en salud según tamaño de la empresa
- Cuadro 9.- Obreros y empleados del sector público o privado sin seguridad social en salud según tipo contrato de trabajo
- Cuadro 10.- Indicadores comparativos de afiliados a Fonasa e Isapres
- Cuadro 11.- Desviación de demanda según prestación en los quintiles bajos y altos con respecto a la media
- Cuadro 12.- Reducción de listas de espera como consecuencia del Plan AUGE
- Cuadro 13.- Chile: estadísticas económicas básicas de salud
- Cuadro 14.- Estadísticas básicas sistema Isapre - Fondo Nacional de Salud
- Cuadro 15.- Presupuesto público de salud.
- Cuadro 16.- Participación del gasto en salud en el gasto total de los hogares, según quintil. 2006. (incluyendo reembolsos de seguros complementarios)
- Cuadro 17.- Copagos de los grupos de Fonasa
- Cuadro 18.- Chile: Pacientes atendidos por el Seguro Catastrófico del Fonasa

INDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.- Personas sin previsión social de salud según edad y género
- Gráfico 2.- Población sin Seguro de Salud según Quintiles de Ingresos
- Gráfico 3.- Gastos en salud 2003 (países seleccionados OCDE y Chile)
- Gráfico 4.- Gastos en medicamentos como proporción de los gastos en salud
- Gráfico 5.- Variación del Índice de Precios al Consumidor de bienes de Salud y General (base 1993=100)
- Gráfico 6.- Préstamos médicos: Montos otorgados y recuperados

PRESENTACION

La protección social constituye el eje principal del Programa de gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet Jeria. El Fondo Nacional de Salud cuyos objetivos – coincidentes con los lineamientos gubernamentales- se orientan a asegurar a los beneficiarios del Fonasa el acceso a los servicios disponibles en el ámbito de la protección social en salud, con atención de excelencia.

Esta misión institucional se desarrolla en diversos ámbitos tales como: extender la Protección Social en Salud, especialmente hacia quienes no disponen de seguridad social; aumentar la satisfacción usuaria mediante servicios más eficaces, respetuosos y participativos; mejorar permanentemente el acceso a las prestaciones y servicios de Salud mediante mecanismos de pagos e incentivos que promuevan la equidad, así como mediante programas especiales; asegurar el cumplimiento del Régimen General de Garantías y los compromisos de acceso, oportunidad y protección financiera que estableció la reforma de salud a través de la ley de Garantías Explícitas de Salud; incrementar la eficiencia financiera de tal modo que se recaude cada vez con mayor eficacia y se distribuyan los recursos con mayor equidad; y, por cierto, será necesario que se desarrollen las competencias de nuestros funcionarios para brindar los servicios de excelencia a los que estamos comprometidos

El objetivo del presente volumen es describir los avances en los temas cruciales de la protección social, especialmente en el siglo que recién comienza. Se trata de especificar el aumento de los ciudadanos que logran disponer de cobertura de algún seguro público o privado (cobertura horizontal). También de evaluar las prestaciones que tienen una cobertura universal en Chile. Se deja para un volumen posterior las demás prestaciones y sus alcances como, por ejemplo, el rol de la asociación público-privada que en nuestro país se manifiesta por las posibilidades que tienen la mayoría de los usuarios de Fonasa de optar por prestadores institucionales y profesionales independientes a través de la Modalidad de Libre Elección (MLE). Asimismo, se evalúa aquellas prestaciones o grupos de prestaciones en que los usuarios del sistema público chileno tienen garantías razonables de ser atendidos oportunamente (cobertura vertical).

Por cierto, el modelo de acceso universal con garantías explícitas, conocido por sus siglas de AUGE, es un ejemplo muy significativo de los esfuerzos que puede hacer el Estado para garantizar de manera explícita el acceso a prestaciones con criterios de oportunidad, calidad y sin que medien restricciones financieras insalvables. Las garantías cubren cerca del 70% de la carga de enfermedad nacional y han permitido la atención en sólo dos años de funcionamiento a más de 3,5 millones de personas lo que se analiza en este texto.

Así también, el volumen describe los aspectos financieros de la protección social que dicen relación con los mecanismos de financiamiento y cómo el Estado en Chile concurre con ingentes recursos para permitir que los sectores sin recursos también tengan acceso a los servicios de salud. Ciertamente, que no es suficiente decir que en el país hay un subsistema privado y otro público, sino que es imprescindible destacar que el público es solidario y el privado es individual. En esta perspectiva, el Estado ejerce una acción deliberada en pos de mayor equidad y de reducir las brechas sanitarias entre ricos y pobres mediante los aportes al sistema público que permiten que más de 3 millones de personas sin recursos gocen de protección social en salud.

Adicionalmente, el subsistema público a través de Fonasa ha ido desarrollando programas especiales cuyo propósito es evitar que las personas no accedan a servicios de salud perentorios por falta de recursos. Entre ellos, se encuentra el seguro catastrófico y los préstamos médicos. Pero

también estos programas han apuntado a reducir los tiempos de espera buscando asociación con prestadores públicos y privados para mejorar la oportunidad en la atención.

Con todo, restan múltiples desafíos para asegurar en su cabalidad los compromisos programáticos en materia de salud. Ellos se refieren a la participación y educación de los usuarios; al afiatamiento del funcionamiento en redes en los planos institucionales e interinstitucionales sectoriales; a las capacidades para disponer de redes de información y de conocimiento que nos permita realizar las tareas de seguimiento y evaluación en tiempos oportunos.

La protección social es un proceso, tal como lo es la profundización de las coberturas de las patologías garantizadas. En esa dirección se encaminan los esfuerzos de nuestra institución. Este volumen no intenta discutir cómo podemos hacerlo mejor sino, apenas describir el momento en que nos encontramos.

Para lo inmediato tenemos justamente los desafíos de evaluar cómo incrementar la equidad en el sistema de salud. Esto implica nuevas reflexiones acerca de: las fuentes de financiamiento y la solidaridad en el uso de los fondos; las capacidades de articulación de las redes y cómo reducimos los efectos nocivos de la segmentación o fragmentación de los mercados de la salud; los mecanismos de pago y los incentivos a favor de las prestaciones que tengan mayor carga de enfermedad, así como las que afectan a los grupos vulnerables; y, el rol de la prevención y la promoción de la salud, especialmente en un mundo como el actual en que además de la globalización asistimos a fuertes cambios en cuanto a los factores demográficos y epidemiológicos.

Hernán Monasterio Irazoque
Director
Fondo Nacional de Salud

INTRODUCCION

Este documento tiene por objeto examinar la protección social en salud. En el primer capítulo se hace una recopilación de los alcances conceptuales de la protección social comparándolo con numerosos conceptos que son de uso común (seguridad social, cohesión social, equidad, igualdad) pero que cada uno tiene una especificidad que vale la pena respetar.

Una vez acotado el concepto central de este documento se desarrolla la protección social en tres ámbitos principales, referidos al caso chileno. El primero, relacionado con la extensión de la cobertura de la Seguridad Social sobre la población explicitando las garantías, ventajas y trabas de la legislación actual para lograr acceso a la seguridad social. La proporción de la población cubierta por cualquiera de los subsistemas de seguridad social existentes, sea público o privado es lo que se ha llamado cobertura horizontal en este trabajo.

El segundo ámbito -en el capítulo II- identifica los problemas sanitarios en los que la población asegurada puede sentir que dispone de derechos con garantías explícitas y con una cobertura universal -o razonablemente próxima-, es decir, lo que se ha denominado cobertura vertical.

En el capítulo III se aborda la protección financiera como otro de los componentes principales de la protección social. En este campo, se examinan los mecanismos generales de financiamiento de la seguridad social en salud, entre ellos: el aporte fiscal; las cotizaciones; y, los gastos de bolsillo en los hogares. Pero además, se describen los diferentes programas del seguro público chileno que han surgido en los últimos años para reducir el impacto catastrófico de ciertas patologías sobre el ingreso de los hogares.

El cuarto y último capítulo se centra en las conclusiones intentando sugerir -más allá de Chile- los temas principales de una agenda sectorial que podría ser útil para las autoridades sectoriales que encabezan los procesos de Reformas de Salud en curso en la Región.

CAPITULO I

Protección Social

DEFINICIONES BÁSICAS



Chile - 2007

I.- PROTECCION SOCIAL: DEFINICIONES BASICAS

Derechos Civiles y Derechos Sociales

Antes de examinar las diferentes acepciones del concepto de protección social es necesario remitirse, escuetamente, al ámbito jurídico de la protección a las personas y que diferencia los derechos civiles de los derechos sociales e individuales. Hay alta coincidencia entre los especialistas en considerar que existen tres generaciones de derechos:

DERECHOS DE 1ª GENERACIÓN	DERECHOS DE 2ª GENERACIÓN	DERECHOS DE 3ª GENERACIÓN
Ideario liberal.	Derechos económicos, sociales y culturales	Derechos de la comunidad y derechos de autonomía individual.
Ej.: Reunión, asociación, propiedad.	Ej: Seguridad social, protección de la salud.	Ej: derecho a la paz, al desarrollo, derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos, por su naturaleza, tienden a ampliarse (C. Hurtado 2005); así, han surgido varias generaciones de derechos. La primera generación, conocida como los derechos “de”, entre ellos la libertad de hacer todo lo que no impida a los otros gozar a su vez de libertad, de igualdad ante la ley; luego, aparece una segunda generación de derechos considerados como las condiciones para hacer efectiva y significativa la libertad y la igualdad. Así nace el derecho al trabajo, el derecho a la salud, a la previsión, etc. Es decir, ya no sólo los derechos “de” (primera generación) sino los derechos “a” (segunda generación) y, sucesivamente, han surgido otros derechos, llamados de tercera generación, como: vivir en un ambiente libre de contaminación; el derecho a la paz mundial; a la igualdad de géneros; a la objeción de conciencia, etc. En definitiva, todo aquello que puede entenderse como condición inmanente para gozar de los derechos plenos a la libertad y la igualdad.

En el ámbito jurídico se sostiene que los derechos dependen de la conciencia que se tiene de ellos, pero serán mejor defendidos si ellos son declarados y reconocidos públicamente en la Constitución y en toda la normativa legal que explicita las formas y procedimientos mediante los cuales la ciudadanía puede efectivamente hacer uso de ellos. Pareciera que los derechos sociales efectivos son precedidos por otras expresiones de la “cuestión social”. En Chile, como tema público, éste sólo aparece a mediados del S XIX en que dos jóvenes educados en Europa -Francisco Bilbao y Santiago Arcos- fundan el 14 de abril de 1850 la Sociedad de la Igualdad basada en los principios liberales de la revolución francesa (tal sociedad fue disuelta por un decreto del intendente de Santiago sólo seis meses después de su creación).

A los derechos sociales -entre los que se encuentra el derecho a la salud o a la protección a la salud- se les considera “de segunda generación” porque corresponden a las garantías que se contemplaron en el ordenamiento jurídico de muchos países del mundo, como consecuencia de requerimientos sociales, con posterioridad a la consagración de los derechos propios del ideario liberal que podría encontrar su origen en los principios de la Revolución Francesa. También se los conoce como derechos de prestación; se trata de garantías formuladas para la corrección de inequidades y carencias que se hicieron manifiestas con el surgimiento de los sistemas republicanos, combinados

con la “cuestión social” que emerge como corolario de la Revolución Industrial y que se institucionalizan con mayor fuerza en Europa luego del triunfo del bolchevismo en Rusia. En efecto, la institucionalidad pública de los sistemas de salud se fortalece después del segundo decenio del S XX.

Esos derechos, también llamados derechos económicos, sociales y culturales suponen, ante todo, el deber del Estado de entregar ciertas prestaciones básicas y uniformes en aspectos esenciales de la vida del ser humano como educación, seguridad social y salud.

Estos derechos exigen la participación o compromiso del Estado; éste debe intervenir, si es necesario, subvencionando dichos derechos para garantizarlos. El Estado, en lugar de abstenerse, debe intervenir activamente, prestando su apoyo material y político para lograr que todas las personas disfruten de ellos. Este es el marco ideológico de lo que se conoce como Estado benefactor o de bienestar que caracterizó a la Europa de postguerra de mediados del Siglo XX.

A diferencia de lo que ocurre con los derechos civiles y políticos, en el contexto de los derechos económicos, sociales y culturales, no existe todavía a nivel internacional un sistema consensuado que permita institucionalizar denuncias por la violación de los mismos, salvo casos particulares extremos como el trabajo infantil o el tráfico de órganos.

Cabe notar que desde los años noventa del S XX se han incrementado las iniciativas internacionales que, visualizando los desafíos que imponen sociedades globalizadas, han establecido normas que se inscriben en el marco de las International Standard Organisation (ISO) en que participan cerca de 200 países del mundo y que pretenden establecer criterios para homogeneizar prácticas, entre ellas, las relacionadas con los derechos económicos, sociales y ambientales como son las ISO 26.000 y las SA 8000 que, más temprano que tarde, serán usadas como instrumentos de validación para evitar el ingreso de productos provenientes de países en que no se respetan derechos laborales o ambientales, por parte de los países en que estos respetos son mayores.

La otra gran discusión vinculada a los derechos económicos, sociales y culturales es la de la ‘justiciabilidad’, es decir, la posibilidad de que un juez dictamine que debe haber una reparación por la violación de un derecho económico o social, como ocurre con la violación de los derechos civiles y políticos. Es interesante tener presente que -cada vez más- se asiste en muchos países a decisiones judiciales que obligan a los Estados a proteger determinados derechos económicos y sociales como los referidos a la no disminución de pensiones o a la obligación de alimentar a las familias (Artigas, 2005).

La Constitución de 1980 en Chile en el artículo 19 inciso 9º indica que “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”. En consecuencia omite toda obligación o garantía señalando únicamente que en salud existían dos sistemas (uno público y otro privado). Todo esto porque esa Constitución estaba

enmarcada en el carácter subsidiario del Estado, es decir, que limita su actividad sólo a los ámbitos en que no hay oferta privada. En esta manera de interpretar la Constitución, los derechos sociales son optativos y dependerán más bien de las definiciones ideológicas de los gobiernos de turno antes que de un mandato constitucional explícito.

Los Conceptos y Concepciones de la Protección Social

Hay diversas definiciones de Protección Social. La tradicional, entendida como el conjunto de medidas públicas para proveer seguridad de ingresos a los individuos y procurar su bienestar. En esta concepción primaria (vinculada históricamente al asistencialismo liberal) la cobertura comprende intervenciones en el mercado laboral y en los componentes y redes de la seguridad social. Recordemos que el modelo de seguridad (protección) social tiene su origen en las ideas bismarckianas de principios del siglo XX que, por ese entonces, pretendía cubrir la salud de los trabajadores.

Sin embargo, la visión económica de protección -en el marco del capitalismo recién consolidado- encuentra su mejor expresión en el economista J. M. Keynes que, al estimular un papel activo del Estado para amortiguar las crisis mediante el sostenimiento del empleo (que, a su vez, evitaba la caída de la demanda efectiva) estaba constituyendo una base teórica primordial para lo que ha sido conocido como el Estado de Bienestar, consolidado después de la primera mitad del siglo pasado.

Puesto que nuestro interés se centra en la Región (América Latina) y en la época reciente, recuérdese que la crisis económica de los años ochenta en prácticamente todos los países de América Latina volvió a poner sobre el tapete el tema de la protección social. Este resurgió como secuela de los devastadores impactos de la crisis de esa década sobre la población. A la crisis económica, sucedió la crisis de las "soluciones" que pusieron todo el énfasis en los programas de ajuste, los cuales, a la postre tuvieron impactos severos, especialmente sobre el empleo y el bienestar de los más pobres. En efecto, como consecuencia de la crisis de las intervenciones de los organismos internacionales en los años 80 estas mismas instituciones generaron fuertes autocríticas y nuevas definiciones en cuanto a los aspectos sociales del ajuste, que empezaron por desestimar la eficacia de la llamada "política del chorreo" que se esperaba funcionara según lo señalado en los principios básicos del Consenso de Washington (Stiglitz 2003, Williamson 2003 y 2004).

De una postura individualista y con preponderancia del mercado que propugnó la privatización de la institucionalidad social -que primó en la Región en la década de los 80- se redefinen posiciones en los años 90 con posturas que combinan la reincorporación de las intervenciones públicas para aliviar las debilidades de acceso de capas de la población (por pobreza, fundamentalmente) a ciertos bienes o servicios con aportes privados individuales de los propios beneficiarios. El nuevo paradigma, caracterizado como manejo social del riesgo (Holzman y Jorgensen 1999), tiene por objeto centrar el rol del Estado en entregar compensaciones focalizadas minimalistas, es decir, mitigar las repercusiones de crisis o perturbaciones covariantes (que afectan a muchas personas) o idiosincrásicas (que repercuten o se producen en grupos reducidos, como una muerte o una enfermedad catastrófica).

Un estudio sobre esta estrategia de manejo de riesgo (Hicks y Wodon 2001) plantea que ésta tiene tres componentes: "reducción del riesgo, alivio del riesgo y enfrentamiento del riesgo. En la reducción del riesgo intervienen la gestión macroeconómica, las regulaciones y las políticas de desarrollo institucional que contribuyen a evitar que las crisis ocurran. Aunque estas políticas de prevención tienen importancia, son demasiado genéricas como para formar parte del sistema de

protección social que consiste principalmente en estrategias de alivio y enfrentamiento. Las estrategias de mitigación del riesgo se anticipan a la perturbación para poder reducir su impacto una vez que se ha producido. Incluyen, por ejemplo, la diversificación del ingreso y los mecanismos de seguros, tanto formales como informales. Las estrategias para enfrentar el riesgo se aplican después de la perturbación, para ocuparse de los impactos no cubiertos por las políticas de mitigación." Como puede apreciarse, estas últimas son políticas similares a las de asistencialismo del S. XIX.

En este enfoque se enfatiza la noción de capital humano eventualmente desperdiciado ante la desprotección social. En consecuencia, las intervenciones apuntan a fortalecer y proteger el capital humano en el mercado laboral, creando políticas de incentivos para el empleo e instrumentos o institucionalidad para asegurar pensiones de vejez que eviten el descalabro de los ingresos permanentes. No es necesario ilustrar con detalles esta posición, pero los logros han sido modestos.

En efecto, Hicks y Wodon (2001), reconocen que al examinar la situación de México y Argentina que sufrieron períodos de crisis en los años noventa, el gasto social por persona focalizado hacia los pobres, disminuyó proporcionalmente cinco puntos más que el PIB per cápita. Durante esta recesión, el gasto en los pobres fue por lo tanto altamente procíclico, aunque en teoría debería haber sido anticíclico a fin de protegerlos de la perturbación macroeconómica adversa. Es decir, los mecanismos de protección se tornan insuficientes cuando más se los necesita por la inflexibilidad en la conducción macroeconómica que ha primado en la región desde la década de los noventa (Banco Mundial 2004).

Frente a ello, las propuestas posteriores se han orientado a hacer una selección de prioridades. En realidad, los postulados del manejo del riesgo social (social risk management), se orientan a delimitar una responsabilidad pública mínima en materia de protección social por dos vías: la de circunscribir las responsabilidades del Estado al combate de la pobreza mediante redes de protección, entendiéndose contraponer las políticas focalizadas a las universales; y, en el plano del aseguramiento, la de desestimar la eficacia de los mecanismos basados en la solidaridad y hacer hincapié, en cambio, en la responsabilidad individual para asegurarse contra los riesgos¹.

En contraposición al papel reductivo del Estado, varios autores (Uthoff 2002; Bertranou 2002) reconocen la necesidad de una participación decisiva del Estado para asegurar la protección social. Entre ellos, Sojo (2003) señala que "La acción del Estado o la participación obligatoria en una mancomunación (pool) de riesgos es pertinente no sólo cuando los mecanismos de mercado no existen, colapsan o son disfuncionales, puesto que las asimetrías de información y las fallas de mercado son inherentes a los mercados de aseguramiento, y no situaciones excepcionales.

En esos términos, la acción pública regulatoria, el aseguramiento público, o el aseguramiento social con aseguradores privados pero con mecanismos de financiamiento obligatorio y regulaciones que garanticen la diversificación del riesgo, permiten enfrentar la selección del riesgo e incrementar la eficiencia de estos mercados, al propiciar la estabilidad del aseguramiento. Cuando se opta por el financiamiento solidario, los objetivos, además, son redistributivos, y es posible establecer subsidios cruzados entre estratos de ingreso, grupos étnicos, de riesgo, u otros".

Justamente, por el fracaso o lentitud para lograr estos objetivos, han surgido otras perspectivas, en cierto modo, contrapuestas a la anterior y más próxima a la de los países europeos centrales para

¹ Un debate acerca de la portabilidad de los subsidios o subsidio a la demanda que tiene lugar en Chile y otros países de la Región podrá ilustrar este tema.

concebir la protección social, es decir, con énfasis en accesos universales a los beneficios de la protección social basada en los valores de civilidad, fraternidad y solidaridad.

Por ejemplo, nótese la visión del Director de la OIT, F. Somavía, quien señala que protección social “quiere decir que las personas y las familias gocen de seguridad frente a las vulnerabilidades y contingencias, que tengan acceso a la asistencia médica y, que trabajen en un entorno seguro. Pero, estamos lejos de haber alcanzado el ideal de una protección social adecuada como un derecho de todos. Esto es especialmente cierto para los más pobres de la economía informal. Por lo general, ellos trabajan y trabajan duro sólo para sobrevivir y sufren múltiples formas de inseguridad. Son los más necesitados de apoyo y protección y aún así son los menos protegidos... La protección social brinda también a los pobres una plataforma para que salgan airosos en la lucha por la supervivencia y para que trabajen por un futuro mejor que les permita permanecer fuera de la pobreza.

La agenda del trabajo decente es una agenda universal. Esta es la razón por la cual, para nosotros, la protección social no es facultativa sino un componente necesario de las estrategias de lucha contra la pobreza. Nuestra primerísima prioridad es llegar a aquellos ciudadanos no cubiertos por ningún sistema. Sólo esto representa un enorme reto y no se le puede hacer frente de la noche a la mañana. Sin embargo, teniendo en mente nuestros objetivos a largo plazo, podemos dirigir nuestras acciones a corto plazo hacia la universalidad y hacia sistemas integrales de protección social. Este es el espíritu de nuestra Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos.” (Somavía 2003).

La preocupación acerca de la protección social se ha intensificado –aún durante los años 90- toda vez que las crisis regionales como la de América Latina en la década de los ochenta y a fines de los noventa o la de los países del Este Europeo posterior a la caída del muro o la de los países asiáticos a fines de los noventa, han tenido efectos severos sobre el bienestar de amplias capas de la población. La recuperación económica posterior, generalmente, no ha sido acompañada de niveles similares en términos de recuperación de bienestar. En efecto, en América Latina entre 1990 y 2002 la pobreza se redujo sólo de 48% a 44% (CEPAL 2005) mientras que en el decenio anterior conocido como la década perdida de la Región la pobreza aumentó en cerca de 10 puntos.

La noción de protección y su mayor importancia en la actualidad está vinculada a que “América Latina es hoy día una región más insegura en lo social y en lo económico, lo que introduce mayor incertidumbre y genera tensiones que afectan a las personas, las familias y la sociedad en su conjunto” (Tokman 2003).

El primer fenómeno –y probablemente el detonante para todos los impactos de la desprotección analizados en este documento- es que hay variaciones más rápidas del desempleo ante fluctuaciones en el ritmo de actividad económica. Asimismo, hay mayor velocidad de ajuste ante la contracción que ante la expansión, lo que en situaciones de crisis recurrentes de corto plazo han significado tasas de desempleo crecientes. La tasa media de desempleo para la región ha aumentado de manera continua, pasando –según datos del Banco Mundial– del 6,6% en la década de 1970 a 7,6% en la de 1980 y a 7,9% en la de 1990, sin incluir el efecto de las crisis de 1998-1999. Asimismo, los datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) muestran la misma tendencia, al pasar de tasas medias en torno al 4% entre 1950 y 1970, a tasas medias en torno al 7% durante las décadas de 1980 y 1990 (ibid).

No cabe duda que las personas que tienen dificultades para acceder a empleos decentes aumentan su vulnerabilidad social y su desprotección en las demás áreas de la seguridad social. En efecto, estudios del Fondo Nacional de Salud de Chile (Fonasa) indican que sólo un 25% de la población afiliada cotiza por el año completo dando cuenta de la precariedad de los empleos. Una conclusión similar había obtenido Uthoff (2002) en un estudio relacionado especialmente con las cotizaciones previsionales para pensiones las cuales también sustentan la lógica y bondad del sistema en un inexistente mercado de trabajo estable, formal y creciente.

En Chile, como en la mayoría de los países latinoamericanos, en los últimos diez años el desempleo ha persistido aún en los ciclos de expansión de tal modo que, en la fase expansiva, la recuperación de puestos de trabajo es menor que los destruidos en la fase contractiva. Este proceso de creciente productividad y el desplazamiento de las pequeñas empresas intensivas en mano de obra por establecimientos con menor relación empleo/producto (por ejemplo, el impacto de las grandes tiendas en los empleos de pequeños establecimientos comerciales del entorno) es consustancial al modelo de desarrollo vigente y, por lo demás, manifiesta las mismas tendencias que en países desarrollados que, hace décadas, que no logran aumentar el número total de empleos, pese a que la producción interna se incrementa anualmente. No cabe duda que en el mundo contemporáneo, las nuevas modalidades de la estructura del mercado de trabajo son el principal factor de transmisión del fenómeno de la desprotección social toda vez que ésta fue inicialmente concebida como una protección esencialmente a trabajadores cotizantes y sus familias. Es decir, en la estructura predominante, el empleo y la seguridad social (previsional y en salud) son vinculantes. Por lo tanto, al perder uno de ellos –el empleo formal declarado- se desploma la protección social global de ese individuo.

Protección Social y sostenibilidad de la universalidad en base a trabajo formal

En primer lugar, el concepto de universalidad hace alusión a que ningún individuo quede excluido de la cobertura de la seguridad social, salvo por razones voluntarias explícitas, por ejemplo, personas que tienen suficiente dinero para pagar directamente sus costos de salud y/o que prefieren pagar seguros privados. Entonces, en cuanto a cobertura horizontal, la universalidad se refiere simplemente al acceso, es decir, la “capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud” (OPS/OMS 2001).

Se puede advertir que la seguridad social inició su camino con las propuestas del canciller Bismarck en Alemania a fines del Siglo XIX en la cual se integraba exclusivamente a trabajadores con relaciones laborales de dependencia estables y que esta situación podría ampliarse con el desarrollo económico general pero no es lo que sucede actualmente en el mundo globalizado. En este sentido, lo planteado por Titelman y Uthoff (2003; 120) es relevante para reflexionar acerca de las posibilidades reales de lograr esta universalidad. “En entornos económicos caracterizados por más incertidumbre y volatilidad, lo que se traduce en mayores riesgos sociales, las reformas a la seguridad social deben conciliar las funciones de aseguramiento y ahorro con las de redistribución y solidaridad. Para superar la actual segmentación poblacional entre diferentes subsistemas de protección social en materia de salud, es necesario independizar la pertenencia al seguro de la forma de inserción laboral. Esto es, el seguro debe cobijar a trabajadores dependientes e independientes y a la población sin capacidad de contribución”.

La propia Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) hace hincapié en este aspecto instando a “los Gobiernos y Parlamentos a que los sistemas de protección social que se establezcan, incluyan los mecanismos de flexibilización convenientes para que los trabajadores sujetos a nuevas fórmulas de organización laboral, como contratos a tiempo parcial o contratos temporales, no vean por ello mermadas sensiblemente sus posibilidades de acceder a una protección efectiva” (OISS 2004).

La visión universalista obedece más bien al esquema “beveridgiano” implantado en el Reino Unido desde mediados del siglo pasado. Como se ha dicho, lo importante es que -en el marco actual- la búsqueda de ampliación de la cobertura de seguridad social no puede sostenerse en las cotizaciones obligatorias ya que los asalariados o trabajadores dependientes se reducen. Por ejemplo, en Chile representaban el 70% de la fuerza de trabajo ocupada en 1980; el 72% en 1991 y 65% en 2005 (Banco Central 2001; INE 2005) pero, además, con mayor rotación e intermitencia de los puestos y, por lo tanto con menores capacidades de solventar el seguro de salud sólo con cotizaciones. En este sentido, la protección social sólo podrá consolidarse a nivel general, en tanto el Estado concorra con fondos crecientes del erario, sin perjuicio que se busque evitar las evasiones o elusiones de quienes pueden aportar y se inscriben como carentes de recursos.

Sin embargo, no todos piensan que este es un sistema adecuado para América Latina. En una perspectiva de “focalización” del gasto público el Banco Mundial (2004) previene que el sistema debe crear las condiciones para que los trabajadores puedan asumir las nuevas formas de trabajo, organización laboral y simultáneamente se socialicen los riesgos [negritas del autor] que implican los cambios económicos y sociales.

Para esto, el sistema debe asegurar nuevas destrezas a sus ciudadanos para que puedan afrontar una economía dinámica según la demanda del nuevo mercado de trabajo bajo un panorama razonable de crecimiento económico. Esto implica que la protección puede focalizarse en otras situaciones imprevistas tales como las ayudas a las personas que sufren o sufrieron enfermedades que provocan discapacidad, a la discapacidad misma, a los accidentes del trabajo; las pensiones básicas para adultos mayores independiente de si ellos tienen o no acceso a una pensión por jubilación, las asignaciones familiares, los seguros de desempleo, entre otras.

No obstante, la evaluación de los impactos de las políticas públicas de protección social no puede reducirse a una óptica “fiscal” determinada solamente por una correcta focalización del gasto público. En efecto, se ha comprobado que la segmentación de mercados resultante de la segmentación de los mecanismos de financiamiento y que se expresa en las políticas de focalización -por oposición al universalismo- quiéralo o no, ha cumplido una función de desmantelamiento de los sistemas de salud; la propuesta, también reduccionista, del manejo del riesgo social, elaborada para el ámbito del aseguramiento, que socava el principio de solidaridad, subestima los problemas de equidad derivados del aseguramiento de mercado y recorta drásticamente el ámbito sectorial público favorable al principio de solidaridad (Sojo 2007).

De hecho, la multidimensionalidad de la pobreza exige intervenciones integrales e incluyentes. A menudo, se considera que los fracasos en reducir la pobreza de manera significativa derivan de la falta de sustentabilidad independiente de las intervenciones. Es decir, el enfoque “economicista” es insuficiente y se hace necesario escuchar las opiniones de los pobres. Hay distintas maneras de aproximarse a la caracterización de los pobres: el análisis por ingreso (¿qué necesidades cubren?), el análisis por actividad (¿qué hacen?); el análisis territorial (¿dónde están?); el análisis asociativo (¿Dónde viven, trabajan, se reúnen?). Esta multidimensionalidad también puede expresarse según

los ámbitos en que actúan las personas desde lo individual, pasando por lo familiar, lo local y lo macro social en que –para cada dimensión- hay actores que interactúan de manera diferente con los sujetos institucionales. Por cierto, es relevante poder conciliar todas estas ópticas para potenciar los efectos de las políticas que tienen por objetivo aumentar la protección social.

En esta perspectiva multidimensional es que operan algunos programas (como el Chile Solidario) de fondos de inversión social que enfatizan la simultaneidad de la intervención y la construcción de redes de protección social para colectivos específicos en que la salud es sólo uno de los aspectos a considerar. La eficacia de estas políticas, en todo caso, está directamente relacionada con la disponibilidad de instrumentos de recolección de datos para identificar las mejores prácticas y creación de indicadores que permitan un seguimiento flexible de los programas.

Conviene recordar que la protección social también se refiere a las capacidades para integrar a los individuos con las redes formales de la seguridad social y, en definitiva, la bondad de las políticas públicas no se define solamente por la distribución de los gastos de manera coyuntural, sino por la capacidad de sostener temporalmente los logros que obtienen los sectores más desfavorecidos, independientemente de los vaivenes de la coyuntura. En efecto, las políticas asistenciales en países de menor desarrollo relativo tienden a ser eficientes durante el momento de alza del ciclo fiscal pero sacrifican estos logros en la época del reflujo. Cuando esto sucede se demuestra una situación de fragmentación social en que los actores exhiben –no siempre con éxito- las diferentes capacidades que disponen para mantenerse en el ámbito virtuoso de las redes sociales -sean éstas públicas o privadas-. Habrá mayor protección en tanto éstos puedan permanecer en el circuito de atenciones o prestaciones sociales.

Es evidente que el papel del Estado en este aspecto es fundamental ya que, por definición, tiene las mayores capacidades de sostenibilidad del gasto social en situaciones de recesión económica o estancamiento mediante políticas fiscales anticíclicas. En nuestro caso esto permite mantener la condición de acceso a los servicios de salud a quienes pierden alguna de las condiciones para pertenecer al sistema (por ejemplo, quienes quedan cesantes en la época de crisis).

Otro ejemplo relevante en lo que se refiere a la necesaria flexibilidad de las políticas públicas para mantener un grado razonable de protección social surge al considerar las transformaciones sociodemográficas que experimenta la Región con sostenidos avances en la esperanza de vida. Esta situación, no sólo genera la necesidad de reflexionar acerca de la oferta de servicios de salud, sino de las fuentes de financiamiento para tales servicios en el marco de la sostenibilidad de la cobertura de las necesidades específicas de este grupo étnico.

Si se entiende vulnerabilidad sociodemográfica como el momento en el cual se conjugan eventos sociodemográficos potencialmente adversos (riesgos mayores asociados al envejecimiento), incapacidad para responder (especialmente monetaria) a la materialización del riesgo e inhabilidad (inflexibilidad de la oferta sanitaria) para adaptarse activamente al nuevo cuadro generado por esta materialización (CEPAL, 2003), entonces esta situación exige respuestas adecuadas y oportunas para un mundo que cambia rápido. En este ámbito, hay una serie de indicadores que deberán construirse para evaluar las capacidades en recursos humanos e infraestructura que se instalan para enfrentar el envejecimiento poblacional y, consecuentemente, expresar en políticas concretas los cambios necesarios para adecuar la oferta a la demanda por servicios de salud.

Debe recordarse que existe una paradoja del gasto en salud. En la medida que más gastamos para alargar la vida, más gastos serán necesarios para sostener este alargue en los años ganados.

Protección Social y Cohesión Social

Muy recientemente, la Unión Europea y la propia CEPAL (2007) han incorporado a sus agendas un concepto útil y complementario para evaluar la acción pública en favor de la protección social: la cohesión social.

La Cumbre Europea de jefes de Estado de 1997 estableció que la cohesión social es «... una de las necesidades prioritarias de una Europa ampliada (...) y un complemento esencial para la promoción de los derechos humanos y de la dignidad»². Toda sociedad necesita estructuralmente la cohesión social; sin embargo, las sociedades europeas suelen acceder a esta identidad de cohesión por símbolos de pertenencia con carácter “negativo” tal como pertenecer a un país “fuerte” o exaltando la idea de “nosotros versus los otros”, o de los propios versus los extranjeros o migrantes.

De todos modos, la idea de cohesión social en Europa se institucionaliza por la necesidad de examinar en profundidad los sentimientos de pertenencia, confianza y seguridad. El documento que fija la estrategia de la Unión Europea (U.E.) al respecto (Consejo de Europa 2004) define a la cohesión social como la «capacité d’une société à assurer le bien-être de tous ses membres, à minimiser les disparités et à éviter la polarisation. Une société cohésive est une communauté solidaire composée d’individus libres poursuivant des buts communs par des voies démocratiques». Más tarde, en 2005, se precisa esta definición como «la capacité de la société à assurer de façon durable le bien-être de tous ses membres, incluant l’accès équitable aux ressources disponibles, le respect de la dignité dans la diversité, l’autonomie personnelle et collective et la participation responsable» (Consejo de Europa 2005).

La cohesión social en una visión más funcionalista -en el sentido sociológico del término- también ha sido definida como «la promoción de comunidades estables, cooperativas y durables.» (Matarasso et. al. 1998). En ella priman ideas de “recuperar la armonía” antes que fortalecer las potencialidades que es el sentido principal de la definición actual de la U.E. Muchas de las definiciones de cohesión social hacen alusión a los sentimientos de pertenencia y a las identidades valóricas, lo que restringe (quizás hasta contradice) el alcance de la definición dada por la U.E. en tanto ésta reconoce y valora la diversidad. No es posible entender el debate europeo sin recordar que se trata de sociedades con fuerte presencia de migraciones históricas que alcanzan a proporciones significativas de la población y que, además, provienen de culturas muy diversas y que no se han adaptado fácilmente a los patrones culturales occidentales europeos.

Por ello, existen otras definiciones que ponen el acento en las capacidades para vivir y reaccionar de manera común en función de principios societales, por ejemplo, la democracia. No obstante, esta acepción deja la interrogante sobre esos objetivos que podrían no ser comunes y que, en sí mismos, pueden ser excluyentes. La cohesión social según la Cepal (2007) “se refiere tanto a la eficacia de los mecanismos instituidos de inclusión social como a los comportamientos y valoraciones de los sujetos que forman parte de la sociedad... Se define como la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellas operan”.

En todo caso, para ilustrar el sentido del debate en Europa, la OCDE (1999) propuso 16 indicadores de cohesión social que son los siguientes: 1. Tasa de divorcio; 2. Tasa de fecundidad; 3. Porcentaje

² Déclaration finale du 2^e Sommet des Chefs d’Etat et de gouvernement du Conseil de l’Europe, Strasbourg, 1997

de familias monoparentales; 4. Pertenencia a asociaciones locales; 5. Tasa de participación electoral; 6. Población nacida en el extranjero; 7. Casamientos mixtos; 8. Personas exiliadas; 9. Tasa de suicidios; 10. Edad promedio de la mujer al tener el primer hijo; 11. Mujeres laboralmente activas con hijos; 12. Tasa de criminalidad; 13. Tasa de muertes ocasionadas por el uso de drogas; 14. Permisos de trabajo por enfermedad o accidente; 15. Personas detenidas en establecimientos penitenciarios; 16. Adquisición de nacionalidad. Se puede afirmar que tales indicadores están fuertemente vinculados a la historia reciente de Europa con altos índices de inmigración y con otros niveles de desarrollo.

Cabe notar que el término exclusión se usa como aproximación válida a la no cohesión aunque tiene diferentes acepciones relacionadas con la forma de exclusión: económica (en relación al consumo, al trabajo o a los servicios); social (en relación a la vivienda o a la protección social en general); cultural (deserción escolar, analfabetismo en cualquiera de sus formas, abandono de la identidad básica/natal); física (alcoholismo, discapacidad física), legal (sin acceso al sistema de justicia, indocumentado). De cualquier modo, al intervenir positivamente en las redes que determinan los procesos de exclusión se avanza en la cohesión social y, en este ámbito, la protección social es uno de los ejes para hacerlo. De hecho, la OPS ha desarrollado metodologías para examinar la exclusión de las personas a los servicios de salud (OPS 2001).

Protección Social y Equidad

Finalmente, es necesario revisar el concepto de equidad que ha sido aplicado en el ámbito de la salud. La equidad se refiere no sólo a las formas en que se resuelve un problema sanitario sino a éstas en relación con la situación social y estados de salud de cada individuo que recibe tales prestaciones. Tal definición es de alta relevancia, por ejemplo, véase lo que dice tajantemente la OPS: "Los dos valores básicos sobre los que gira el trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) son la equidad y el panamericanismo. Estos valores son la base para la cooperación con los países, por lo tanto el medir y monitorear las desigualdades en este campo es una actividad fundamental para la toma de decisiones. La cooperación técnica con los países debe concentrarse en la identificación de las inequidades y en la definición de estrategias eficaces para reducirlas y, eventualmente, eliminarlas" (OPS, 2004).

La equidad se refiere tanto a las formas de financiamiento como a las formas en que se suministran los bienes y servicios de salud. En su primera acepción, Wagstaff y Van Doorslaer (2000) señalan que la equidad horizontal se expresa cuando todos los miembros de la sociedad con una misma capacidad de pago contribuyen de forma idéntica al financiamiento. Habría equidad vertical si, además, los pagos se organizaran de acuerdo con la capacidad de pagar de modo que los ricos paguen más que los pobres. Por su parte, el concepto de equidad en relación al suministro de servicios de salud, implica que no existan diferencias en las prestaciones donde las necesidades sean iguales (equidad horizontal) o que existan servicios de salud mejorados donde estén presentes mayores necesidades (equidad vertical). (OPS 2004; Starfield 2002). En concreto, se estima que si una persona presenta el mismo estado de salud que otra persona, el principio de equidad horizontal exige que ambos reciban el mismo tratamiento. Sin embargo, si -por ejemplo- uno de ellos tiene menos instrucción que el otro y no asume (o no comprende) las instrucciones de su médico, entonces debe recibir tratamientos diferentes.

Subyace como necesidad para este direccionamiento concebir los estudios de desigualdad en los estados de salud y su relación con las desigualdades generales en la sociedad de los cuales ha resurgido el enfoque de determinantes sociales.

Aunque resulta claro que desigualdad no es sinónimo de inequidad ya que esta última es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas. Entre otros, el Programa Especial de análisis de la Situación de Salud de la OPS ha desarrollado una serie de metodologías que permiten evaluar tales desigualdades en salud (Schneider et. al 2002). En Chile hay estudios recientes que incursionan en esta perspectiva (Arteaga et. al. 2002; Montoya et. al. 2006) y que aún no tienen repercusiones en cuanto a gestión pública en la distribución de recursos que favorezca la equidad, aunque ese es el sentido último de estos trabajos.

Un ejemplo en esta línea se está impulsando en Chile a través de un proyecto piloto que, orientado a la mejoría de los resultados sanitarios y de satisfacción de la población usuaria, espera: i) alcanzar una mayor equidad en el acceso de la población a las redes de provisión de servicios sanitarios integrados y coordinados, y ii) el fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención para reducir la carga de enfermedad. Esto, a través de la implementación de una nueva fórmula de asignación de recursos y mecanismos de pago en salud, la que se realizará en dos niveles de agregación. El primer nivel involucra a todos los prestadores sanitarios en la jurisdicción de un territorio (Servicio de Salud), e introduce un mecanismo de pago capitulo ajustado por riesgo. El segundo nivel de agregación involucra a los prestadores sanitarios desde una perspectiva individual, introduciendo un mecanismo de financiamiento vinculado al volumen y complejidad de la producción.

En consecuencia, la equidad puede entenderse tanto desde el punto de vista de la utilización de servicios como de los modos de financiarlos. En cambio, la noción de protección social (cobertura horizontal y vertical) que se presenta en este documento tiene un énfasis en los aspectos institucionales aunque el financiamiento se aborda como un componente específico de protección social puesto que puede restringir el acceso a los servicios de salud.

CAPITULO II

Cobertura Horizontal

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Chile - 2007

II.- COBERTURA HORIZONTAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN CHILE

En esta sección se hace un recuento pormenorizado de la cobertura de la seguridad social en salud del seguro público chileno considerando el carácter mixto de las opciones que se ofrecen a los trabajadores.

El concepto de universalidad, básicamente entendido como que ninguna persona quede involuntariamente desprovista de seguridad social, se refiere específicamente al derecho a acceder a prestaciones y cuidados de salud que pueden aspirar las personas con un elevado nivel de certeza.

En este sentido es posible especificar tipos -o restricciones- de accesibilidad, directas (personas sin adscripción a la seguridad social) o indirectas (trabas intermedias al uso efectivo del derecho a usar los servicios de salud que le ofrece su adscripción). Entre estas últimas, se sitúa la restricción económica, que representa la posibilidad de uso de un servicio, derivada de la capacidad adquisitiva de la población frente a tarifas y precios de servicios. Si el acceso, en general, se refiere a una "puerta de entrada", las restricciones económicas de acceso dicen relación con los pagos (copagos) adicionales que deben asumir los propios beneficiarios, por ejemplo, medicamentos no cubiertos; la restricción geográfica, es decir, la posibilidad real de uso de un servicio de acuerdo a su ubicación física o de cercanía al oferente (esto es de máxima evidencia en países con alta ruralidad y deficiencias en las vías de acceso); la cultural, o posibilidad de uso de un servicio, de acuerdo a actitudes originadas en creencias o rasgos educacionales diversos (incluyendo aspectos idiomáticos que perjudican a los pueblos originarios); y, la organizativa, que refleja la posibilidad de uso de un servicio, derivada de disposiciones de índole operativo como, el horario de atención, la localización de especialistas, la operatividad de los equipos, etc.

En Chile, según M. Marcel, Director de Presupuestos (2004), los fundamentos del Sistema de Protección Social se basan en el crecimiento económico sostenido; políticas sociales redistributivas; y, estabilidad de las instituciones democráticas. Pese a los logros relevantes en cuanto a reducción de la pobreza de alrededor de 40% en 1990 a 14% de la población en 2006 (Mideplan 2007) hay diversos indicadores que distan mucho de lo que se espera para países que son actualmente calificados como economías emergentes. No obstante, el sistema de seguridad social, como se observa en el cuadro siguiente, tiene una amplia cobertura en sus diferentes aspectos y, además ocupa dos tercios del presupuesto público.

Cuadro 1

CHILE: PROTECCION DE LA SEGURIDAD SOCIAL (2004)				
SUBSISTEMA	PRINCIPALES BENEFICIOS	ADMINISTRACION	COBERTURA	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
Pensiones	Pensión vejez	Privada: APPs Pública: INP	Pensiones Vejez 316.371	10% cotización del afiliado o Estado en caso de PMGE y asistenciales
Invalidez y Sobrevivencia	Pensión por invalidez o pensión de sobrevivencia a familiares en caso de muerte	Privada: APPs Pública: INP	Pensiones Invalidez 132.809 Pensión Sobrevivencia 12.428	Compra de seguro por parte del afiliado
Salud	Cobertura de atención médica y tratamientos	Privada: Isapres Pública: Fonasa	BebeneficiariosFonasa Isapre 14.163.198	7% cotización del afiliado o copago, Estado en caso de Fonasa A
Accidentes del Trabajo	Pensión de invalidez y sobrevivencia	Mutuales de Seguridad	Ttrabajadores cotizantes Fonasa e Isapre 3.989.074 (junio 2006)	Empleador compra seguro
Desempleo	Transferencia mensual con tope en caso de desempleo	Administradora de Fondos de Cesantía (AFC Chile)	Cotizantes AFC Chile 2.320.647 (abril 2006)	Cuenta Individual del trabajador y Fondo Solidario

Elaboración: Fonasa

En cuanto a salud, Chile ha desarrollado un sistema mixto (público-privado) que actualmente cubre al 88% de la población. Cabe notar que los miembros, activos y en retiro, de las Fuerzas Armadas y demás instituciones de seguridad pública, disponen de una institucionalidad propia en cuanto a protección social que incluye tanto los seguros de salud como los previsionales. Se estima que sus afiliados en 2006 son alrededor de 450.000 personas por lo que la desprotección observada en el cuadro 2 se reduce a 11,5%, es decir, a alrededor de 1.900.000 personas.

Cuadro 2

AÑO	SEGURO PÚBLICO	SEGURO PÚBLICO	SEGUROS PRIVADOS	SEGUROS. PRIVADOS	OTROS	PART. OTROS	POBLA-CIÓN TOTAL
	(1)	(%)	(2)	(%)	(3)	(%)	(4)
1997	8.753.407	58,8	3.882.572	26,1	2.160.097	14,5	14.896.362
1998	9.137.599	60,5	3.679.835	24,4	2.179.213	14,4	15.096.930
1999	9.403.455	61,5	3.323.373	21,7	2.470.385	16,1	15.297.499
2000	10.157.686	65,6	3.092.195	20,0	2.147.903	13,9	15.484.732
2001	10.156.364	64,9	2.940.795	18,8	2.474.520	15,8	15.658.631
2002	10.327.218	65,2	2.828.228	17,9	2.590.137	16,4	15.832.531
2003	10.580.090	66,1	2.729.088	17,0	2.610.301	16,3	16.006.429
2004	10.910.702	67,4	2.678.432	16,6	2.314.410	14,3	16.180.330
2005	11.120.094	68,0	2.660.338	16,3	2.028.346	12,4	16.349.981
2006	11.479.384	69,5	2.684.554	16,3	2.351.436	14,2	16.515.374

Fuente: Departamento Planeamiento Institucional. Estadísticas y Red de Conocimiento. Fonasa

- (1) Considera a todos los beneficiarios del seguro público de salud administrado por FONASA a diciembre de cada año
 (2) Considera a todos los beneficiarios de seguros privados de salud administrados por ISAPRES, a diciembre de cada año
 (3) Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en los seguros público y privados antes indicado
 (4) Proyección INE 1990 - 2050 (diciembre de cada año).

La legislación chilena sólo establece la cotización obligatoria a la seguridad social a los trabajadores que tienen una relación de dependencia -incluidos los contratados por turnos o jornadas, obra o faena- que cotizan el 7% de su remuneración imponible para salud y que tienen el derecho a optar entre el seguro público y los seguros privados agrupados en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Si el objetivo es evaluar políticas eficaces para reducir la exclusión es necesario precisar quienes son las personas que no pertenecen a la seguridad social en salud como se explicita en la siguiente sección.

a) ¿Quiénes No Tienen Seguridad Social en Salud en Chile?

Una pregunta, por cierto relevante, es la que identifica esta sección. Si bien cada país en la Región tiene especificidades lo que se intenta en este acápite es fundamentalmente demostrar que el acceso a la seguridad social basada en cotizaciones de los trabajadores tiende a diluirse en una serie de situaciones que corresponden a una estructura de funcionamiento del sistema que permite la elusión de obligaciones sociales por parte de las empresas formales o, al menos, desligar responsabilidades en este ámbito además, de la institucionalización de diferentes modalidades de trabajo por cuenta propia que ya no constituyen resabios del “atraso” sino una forma permanente de funcionamiento del sistema económico.

Para estos efectos se ha usado la Encuesta de Caracterización Socioeconómica que el Ministerio de Planificación de Chile (Mideplan) realiza cada dos o tres años desde 1987. Hemos usado la última disponible correspondiente a 2003.

De acuerdo a las cifras de Fonasa y la Superintendencia de Salud en 2005 hay alrededor de un millón 900 mil personas que no tienen cobertura de la seguridad social.³ El cuadro 3 da cuenta de las diferencias numéricas que podrían producirse con respecto a otras cifras expresadas en este documento tanto por la fuente como por el año de referencia.

Cuadro 3

POBLACIÓN SEGÚN RELACIÓN AL TRABAJO		
	INE 2005 11.927.730(a)	CASEN 2003 11.642.952(b)
Activos	6.421.150	6.648.623
Ocupados	5.973.470	6.003.507
Desocupados	447.680	645.116
Inactivos	5.506.580	4.994.329
Menores de 12 años	-	3.996.833
Menores de 15 años	4.165.648	-
TOTAL DE LA POBLACION	16.093.378	15.639.785

Fuente: INE; estadísticas Laborales, fuerza de trabajo 2005, trimestre noviembre enero 2003

(a) \geq 15 años (b) \geq 12 años

La versión 2003 de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica de Chile, Casen⁴, de la cual se han extraído todos los cuadros de esta sección, incorpora un módulo de salud y afiliación a la Seguridad Social que permite establecer características socioeconómicas de las personas que no disponen de cobertura social en salud. Aquí se intenta, justamente, precisar tales características.

Según la Casen, la distribución general de la población en Chile en cuanto a seguridad social indica que el sector público (Fonasa y FF. AA.) cubre al 75% de la población; las Instituciones de Salud Previsional (Isapres) al 17% y un 7,38% no pertenece a ningún sistema de seguridad social, es decir, 1.142.946 personas. Asimismo, en el cuadro 4 se verifica que la desocupación incrementa la probabilidad de perder la cobertura de salud puesto que es este el grupo con mayor desprotección relativa (19% del total).

³ Cabe notar que nos referimos exclusivamente a la seguridad social. Es decir, podría haber personas que disponen de seguros privados en salud con aseguradoras generales y no disponer de seguridad social.

⁴ La encuesta de 2006 fue aplicada en 335 comunas, encuestando a 73.720 hogares, 44.854 en la zona urbana y 28.866 en la zona rural. Lo anterior equivale a 268.873 personas.

Cuadro 4

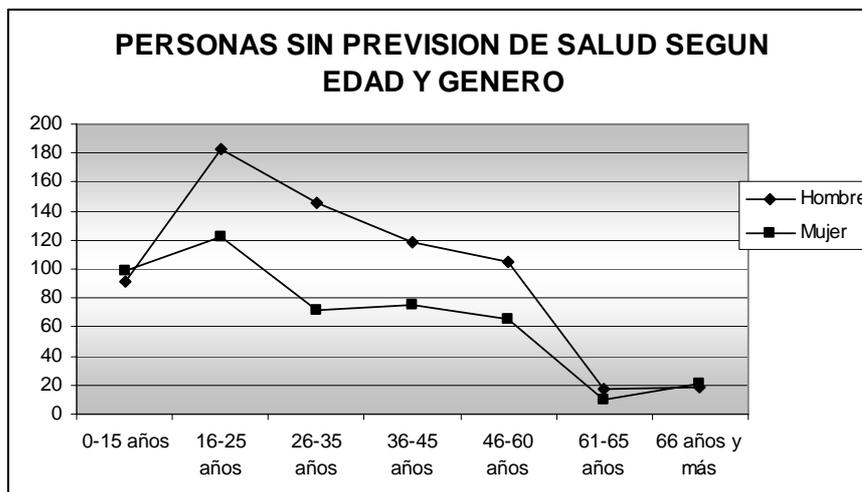
POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SEGÚN ACTIVIDAD					
	POBLACIÓN SIN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD		TOTAL DE LA POBLACIÓN		
	A	%	B	%	
Ocupados	523.022	45,8	6.003.507	8,7	
Desocupados	124.782	10,9	643.977	19,4	
Inactivos	369.353	32,3	5.899.446	6,3	
Menores de 12 años	125.762	11,0	3.091.716	4,1	
TOTAL	1.142.919	100	15.638.646	7,3	

Fuente: Casen 2003. Elaboración Fonasa

El gráfico 1, por su parte, da cuenta de que las personas buscan afiliarse justamente cuando tienen mayores riesgos. Si se considera que los niños muy pequeños, los adultos mayores y las mujeres en edad fértil son quienes tienen mayores riesgos vemos en el cuadro que estos son justamente quienes tienen mayor cobertura relativa de seguridad social en salud.

Hay una diferencia de alrededor de 200 mil personas en situación de desprotección entre hombres y mujeres. En efecto, las diferencias se producen esencialmente en la edad en que las mujeres contemplan la fertilidad como un riesgo importante en salud mientras que los hombres suponen que tendrán menor necesidad de seguros de salud. Si se compara solamente el tramo de 16 a 45 años hay cerca de 180 mil personas de diferencia entre los hombres con respecto a las mujeres que disponen de seguridad social. Es decir, los hombres jóvenes y adultos jóvenes son los menos interesados en esta cobertura.

Gráfico 1



Fuente: Casen 2003. Elaboración Fonasa

En consecuencia, este estrato (jóvenes y adultos jóvenes) pareciera requerir de incentivos adicionales para su inscripción a la Seguridad Social⁵. En este sentido, se podría pensar en que

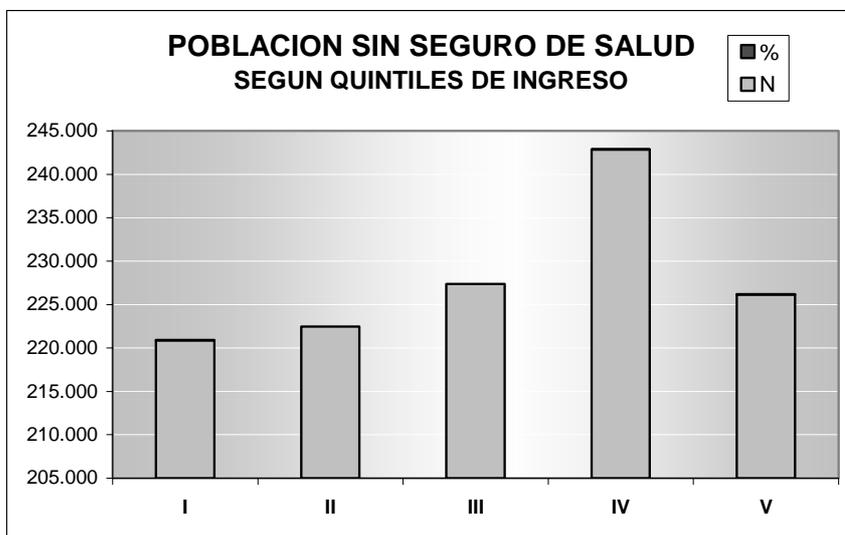
⁵ Por cierto, nos estamos refiriendo a un sistema como el chileno en que la afiliación exige pagos de cotizaciones, salvo para los carentes de recursos.

Estado asuma pagos prorrateados a la seguridad social en la vejez según se haya cotizado en la edad joven. En esta perspectiva se han desarrollado ideas de seguros de largo plazo cuyo objetivo es reducir el “descreme” por parte de las aseguradoras y motivar a las personas para que prevengan el futuro.

i) Población sin Seguro de Salud según Quintiles de Ingresos

El gráfico 2 muestra que la desprotección en salud se distribuye homogéneamente en los diferentes quintiles de ingresos, es decir, pese a que las razones para no disponer de seguridad social en salud pueden ser muy diversas (los unos porque carecen probablemente de información y los otros porque disponen de la capacidad para pagar seguros privados), lo importante es que no es una condición exclusiva de los pobres.

Gráfico 2



Fuente: Casen 2003. Elaboración Fonasa

ii) Personas que no trabajan y no tienen Seguridad Social en Salud

La proporción de los no trabajadores sin protección es menor que entre los propios trabajadores. En efecto, del total de personas sin seguridad social sólo el 43% no trabajan. Esta es una evidencia de que, en el marco del sistema actual, las relaciones laborales no aseguran protección social.

Al observar las actividades que estas personas realizan se colige que el 34% son estudiantes, por lo que un seguro que cubra a estos jóvenes durante las 24 horas asociado a Fonasa podría reducir de manera significativa la desprotección en Chile⁶. En cambio, las personas menores de 12 años y quienes ejercen quehaceres del hogar, probablemente, pueden ser afiliados mediante un mejoramiento de la protección social a trabajadores dependientes e independientes.

⁶ Existe un seguro escolar obligatorio gratuito que cubre a todos los estudiantes de establecimientos fiscales, particulares pagados y subvencionados reconocidos por el Estado, desde la educación parvularia a la universitaria. Este seguro cubre accidentes ocurridos en los establecimientos educacionales o en el trayecto desde y hacia a ellos, dejando de esta forma, parte del tiempo de los estudiantes sin protección social.

iii) Trabajadores sin Seguridad Social en Salud

El cuadro siguiente, por su parte, muestra que 43% de los trabajadores que no dispone de cobertura en salud pertenecen al sector de servicios incluyendo las actividades de comercio y los servicios comunales, sociales y personales. Por otra parte, la agricultura y la construcción, como podía esperarse, aportan juntos un 29% adicional a los trabajadores sin previsión, pero también hay numerosos trabajadores de las industrias que no disponen de protección social en salud.

Cuadro 5

TRABAJADORES SIN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA POR SEXO			
RAMA DE ACTIVIDAD	SEXO HOMBRES	SEXO MUJERES	TOTAL
Actividad no bien especificada	558	34	592
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	71,289	7,685	78,974
Explotación de minas y canteras	2,343	257	2,600
Industrias manufactureras	58,987	12,957	71,944
Electricidad, gas y agua	1,209	128	1,337
Construcción	55,542	1,444	56,986
Comercio al por mayor y menor, restaurantes y hoteles	75,095	47,198	122,293
Transporte, almacenamiento y comunicaciones	51,275	6,801	58,076
Establecimientos financieros, seguros, bienes inmuebles	18,766	7,816	26,582
Servicios comunales, sociales y personales	56,606	46,938	103,544
Establecimientos Financieros	18,766	7,816	26,582
TOTAL	3.289,769	549,839	3.839,608

Fuente: Casen 2003. Elaboración Fonasa

Pese a lo que se cree, tampoco son los trabajadores independientes (por cuenta propia) quienes mayoritariamente están desprovistos de seguridad social. Estos, según el cuadro 6 solo representan el 39% del total de trabajadores sin previsión en salud. Mientras que los empleados u obreros del sector privado constituyen el 43% del total de trabajadores sin previsión. Esto da cuenta de una importante informalidad en las relaciones laborales y, el no respeto a las obligaciones sociales como base de la desprotección en salud. Como se ha dicho, los procesos de desprotección se reproducen tal que suelen ser las mismas personas las que no tienen seguridad en el empleo, ni en salud ni en previsión social.

El gobierno chileno impulsó una ley que vinculaba la responsabilidad de las empresas que tenían subcontratación con múltiples pequeños contratistas y que solía ser usada para eludir la sindicalización y el pago de los beneficios sociales. Esta ley en vigencia desde enero de 2007 explica un cambio importante en el aumento de los afiliados a la seguridad social en el último año.

Cuadro 6

OCUPADOS SIN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SEGÚN CATEGORÍA OCUPACIONAL		
CATEGORÍA OCUPACIONAL	N	%
Patrón o empleador	39.791	7,6
Trabajador por cuenta propia	205.961	39,4
Empleado u obrero de instituciones públicas	15.165	2,9
Empleado u obrero de empresas públicas	2.541	0,5
Empleado u obrero del sector privado	226.599	43,3
Servicio doméstico Puertas. Adentro	3.901	0,7
Servicio doméstico Puertas Afuera	14.728	2,8

Familiar no remunerado	14.104	2,7
FF.AA. y de Orden	232	0
TOTAL DE OCUPADOS SIN SISTEMA DE SALUD	523.022	100

Fuente: Casen 2003. Elaboración Fonasa

Todo indica (cuadro 7) que la mayoría de entre ellos son artesanos y personal que trabaja en los servicios, los cuales probablemente no dispongan de seguros privados alternativos para su cobertura en salud.

De estos resultados parece necesario reflexionar acerca de un seguro atractivo para los independientes.

Cuadro 7

CLASIFICACIÓN OCUPACIONAL DE TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA (TCP), SIN SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD		
CLASIFICACIÓN OCUPACIONAL	TCP	PART. %
Gerentes Empresas / industrias	29.250	14.5%
Albañiles Mampostería	24.805	12.3%
Conductores Taxis-Camionetas	24.583	12.2%
Trabajadores Agrícolas Calificados Cultivos, Huertos, Viveros, Invernaderos	22.576	11.2%
Mecánicos y ajustadores de vehículos de motor	17.360	8.6%
Vendedores Ambulantes	13.062	6.5%
Ebanistas y afines; Sastres, Modistos, Costureros	12.029	6.0%
Vendedores de quioscos y puestos en el mercado	10.894	5.4%
Compradores, Contratistas mano de obra	6.672	3.3%
Trabajadores agropecuarios y pesqueros subsistencia	6.231	3.1%
Peluqueros especialistas en tratamiento belleza; Niñeras celadoras infantiles	5.491	2.7%
Joyereros, orfebres, plateros, artesanos en madera	4.691	2.3%
Contadores; Abogados	4.240	2.1%
Técnicos en control de equipos informáticos, fotógrafos y operadores audio video	4.104	2.0%
Peones de la construcción e edificios, peones de carga	3.988	2.0%
Arquitectos Ingenieros y afines; creadores y analistas de sistemas informáticos	2.569	1.3%
Otros	9.128	4.5%
TOTAL	201.673	100.0%

Fuente: Casen 2003. Elaboración Fonasa

Como se ha dicho, hay un círculo perverso de la desprotección y quienes resultan más afectados son los trabajadores sin calificación y trabajadores de los servicios, aunque también se visualiza una importante desprotección entre los operarios, es decir, generalmente jóvenes con poca capacitación y que se desempeñan en pequeñas empresas.

Por otra parte, a pesar de lo que se supone, hay una proporción alta de trabajadores que no tienen seguridad social y que pertenecen a medianas e incluso grandes empresas. En efecto, el 50% de los trabajadores dependientes que no poseen seguridad social en salud se desempeñan en empresas de más de 9 trabajadores.

Cuadro 8

EMPLEADOS U OBREROS DEL SECTOR PRIVADO SIN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SEGÚN TAMAÑO DE LA EMPRESA		
TAMAÑO DE LA EMPRESA	N°	%
2 a 5 personas	66.383	29,3
6 a 9 personas	25.557	11,3
10 a 49 personas	51.707	22,8
50 a 199 personas	23.429	10,3
200 y más personas	36.474	16,1
No sabe	23.049	10,2
TOTAL	226.599	100,0

Fuente: Casen 2003. Elaboración Fonasa

iv) Seguridad Social en salud de los ocupados según tiempo de trabajo y tipo de contrato

Según la misma fuente, la mayoría de los trabajadores sin previsión social son los que han ingresado recientemente (menos de un año) al mercado laboral (35,5%) . Así, el 70% de los trabajadores sin previsión tiene menos de cinco años de actividad. En este sentido, cabe reflexionar acerca de la flexibilidad laboral y los contratos parciales porque, al parecer, en estos ámbitos se incrementan los no cumplimientos de la legislación vigente en cuanto a cotizaciones sociales.

Como puede observarse en el cuadro siguiente la informalidad en cuanto a la firma de los contratos de trabajo es un elemento central para la no adscripción a la seguridad . No obstante, si el 32% de los trabajadores dependientes y que no tienen seguridad social han firmado contrato, evidentemente será necesario un mayor control sobre los pagos que los empresarios hagan sobre las cotizaciones⁷. Las regulaciones que surgen de la ley de subcontratación recientemente aprobada en 2006, reducirán las faltas a la cotización que parecieran ser comunes en las empresas dedicadas a outsourcing.

Cuadro 9

OBREROS Y EMPLEADOS DEL SECTOR PUBLICO O PRIVADO SIN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, SEGÚN TIPO CONTRATO DE TRABAJO		
TIPO DE CONTRATO	N°	%
Si, firmó	83.751	31,9
Si, pero no ha firmado	11.349	4,3
No tiene	163.528	62,2
No se acuerda si firmó contrato	4.306	1,6
TOTAL	262.934	100,0

Fuente: Casen 2003. Elaboración Fonasa

⁷ Aunque esto puede incluir contratos a honorarios que no exijan la afiliación al seguro de salud.

Además, la mayor parte (52%) de los trabajadores que no tienen previsión se ubican en empleos permanentes, es decir, no es la estacionalidad el principal factor de exclusión (aunque ello alcanza al 44% de la población desprotegida), ya que la mayoría tienen contrato firmado indefinido.

Asimismo, las personas que no tienen adscripción a la seguridad social son mayoritariamente quienes trabajan a tiempo completo, es decir, no puede justificarse la desprotección porque realizan jornadas a tiempo parcial.

b) Trabas al acceso a la Seguridad Social en Salud

El problema principal, para efectos previsionales, es que, como consecuencia de la globalización, se ha desarrollado una amplia gama de actividades laborales que no tienen situación de dependencia como se ha desglosado en la sección anterior. En el caso, aún de los trabajadores dependientes (asalariados), se complica la adscripción a la seguridad social por la existencia de trabajadores temporales que, por las propias características del sistema, aumentan sistemáticamente y por la elusión que se hace a través de subcontratación, especialmente en las empresas de mayor tamaño. Tradicionalmente, era reconocido el carácter estacional, o al menos intermitente, de los trabajos en la construcción, a lo cual se agregan crecientemente en Chile, los empleos temporeros asociados a la producción frutícola y pesquera.

Para evitar la exclusión de estos trabajadores, el seguro público chileno -desde 2004- determinó que a los trabajadores dependientes con contrato temporal por obra o faena que registran al menos 4 meses de cotizaciones en los últimos 12 meses y a los trabajadores dependientes con contrato temporal, por turnos jornadas diarias, contratados diariamente y que registran al menos 60 días de cotizaciones en los últimos 12 meses se les garantizara su afiliación a FONASA durante 12 meses, contados a partir de la última cotización registrada al momento de su acreditación. En efecto, a diciembre de 2006, el Fonasa había registrado 362.284 temporeros y 319.212 personas que está cubiertas en calidad de cargas de estos temporeros.

En segundo lugar, pueden acceder a la seguridad social en salud los trabajadores por cuenta propia y los empresarios que pueden optar por esta modalidad bajo forma voluntaria. De hecho, en ambos subsistemas aseguradores los beneficiarios en la modalidad de independientes alcanzan al 2,7% del total de afiliados a junio de 2006 (107.614 en Fonasa y 40.245 en las Isapres). El Instituto Nacional de Estadísticas ((INE) registra a 1.531.517 personas en la categoría ocupacional de trabajadores por cuenta propia que representan el 23,8% de los ocupados a diciembre de 2006 (www.ine.cl). En este segmento, como se dijo, se ubican numerosas personas que no están afiliadas a la seguridad social. Además como el seguro público de salud establece una restricción adicional que consiste en que estos trabajadores, para afiliarse, necesitan simultáneamente cotizar para la previsión social (jubilación), requisito que no se establece en las aseguradoras privadas, entonces muchos de entre ellos se inscriben como indigentes en el Fonasa.

En tercer lugar, pueden afiliarse automáticamente al seguro público los trabajadores cesantes, que reciben subsidio de cesantía otorgado por la municipalidad de la comuna de residencia del interesado y los beneficiarios del seguro de cesantía que está vigente sólo desde el 1º de octubre de 2002 y que cuenta con cerca de 4,5 millones de afiliados (AFC 2006). De entre los cesantes avalados por los registros comunales y los cesantes provenientes del seguro, se encontraban, a diciembre de 2006, beneficiando de los servicios de Fonasa 13.189 y 170.879 personas, respectivamente, incluyendo cotizantes y cargas.

Finalmente, también tienen cobertura las personas que reciban algún tipo de pensión de algún sistema previsional y que destinan el 7% de su cotización de salud al seguro.

Por otra parte, en la calidad de beneficiarios no cotizantes de FONASA se encuentran:

- Las cargas familiares de los cotizantes, que cumplan con los requisitos de la Ley (DFL 150). Esta condición también es válida en el seguro privado.
- Beneficiarios de Pensiones Asistenciales de invalidez y ancianidad (PASIS).
- Personas con deficiencia mental a que se refiere la Ley 18.020, cualquiera sea su edad, siempre que no sea causante de subsidio familiar.
- La mujer embarazada, que no tiene previsión, hasta el sexto mes del nacimiento del hijo.
- Causantes del Subsidio Unico Familiar (SUF). Este subsidio es entregado por las Municipalidades a los menores de 18 años de edad, a la mujer embarazada y a los causantes discapacitados mentales de cualquier edad, que no perciban una PASIS.
- Personas carentes de recursos que representaron en 2006 el 34% de los beneficiarios del seguro público (3.939.400 personas).

Es necesario precisar que, de acuerdo a otras estadísticas (Mideplan 2007) la indigencia entendida como personas que perciben mensualmente ingresos menores que la mitad del valor de la canasta básica representaba solamente el 3,2% de la población y los demás pobres (menos que la canasta básica, pero al menos la mitad de ella) alcanzaron a 10,5%. Entonces, los pobres (incluyendo indigentes) en Chile se aproximan a los 2,5 millones de habitantes. En realidad, el seguro público chileno de salud acepta como carentes de recursos a cualquier persona que no tiene un ingreso estable. Para evitar abusos, en los últimos años, se desplegó una investigación entre las diferentes bases de datos del Estado a fin de que se controlara esta situación. Esto permite, por ejemplo, que personas que están registradas en el Servicio de Impuestos Internos como contribuyentes debido a ingresos declarados no puedan acceder a la categoría de carentes de recursos en Fonasa.

Toda persona que solicita un subsidio monetario estatal debe presentar una solicitud en la Municipalidad en que reside la persona que aspira a este beneficio. El subsidio más importante es el PASIS (pensiones asistenciales) que se otorga a los discapacitados y ancianos y que otorga automáticamente derecho al seguro público de salud. Esto significa no tener ingresos propios ni per cápita del grupo familiar iguales o superiores al 50% de la pensión mínima (artículo 26º, Ley Nº 15.386). cuyo monto es \$ 89.715 pesos⁸. Es decir, el ingreso debe ser inferior a \$ 44.857 pesos a contar del 1º de mayo del 2006. En este año se beneficiaron 449.180 personas y el monto destinado fue de 230.000 millones de pesos.

Cabe destacar que el mayor esfuerzo para lograr universalidad de acceso se le ha exigido al Estado ya que la tendencia de afiliación a los seguros privados da cuenta de una política deliberada de selección de cartera mediante diferentes criterios. Efectivamente, las Instituciones de Salud Previsional han bajado el número de afiliados en 31% entre 1997 y 2005 lo que obedece a la selección o “descreme” de mercado que se manifiesta por la constante alza de los planes de quienes tienen enfermedades crónicas o preexistentes; quienes tienen mayor edad; o quienes tienen menores ingresos. El cuadro 10, con indicadores seleccionados da cuenta, con ejemplos específicos, que la proporción de personas en condiciones más costosas de salud o menos rentables económicamente, son notoriamente diferentes entre el seguro público y el privado.

⁸ Para cualquier conversión de pesos a dólares en 2006 debiera tomarse la relación 1 USD= \$ 530 que corresponde al promedio anual 2006 según el Banco Central de Chile.

Cuadro 10

INDICADORES COMPARATIVOS DE AFILIADOS A FONASA E ISAPRES		
CONDICIÓN DE AFILIADOS	FONASA	ISAPRES
Valor promedio de las cotizaciones anuales por cotizante (2004)	\$ 176.000 ¹	\$ 715.000 ²
Tratamientos de Diálisis (3)	350.524	24.175
Personas mayores de 65 años (2004)	1.707.559	113.618

¹ Fuente: Fonasa Balances.

² Fuente: Resultados financieros comparados del sistema ISAPRE. SISP, 2006.

³ Casos tratados en AUGÉ entre el 1º de julio de 2005 y el 31 de diciembre de 2006.

Finalmente, en una perspectiva de políticas públicas inclusivas cabe señalar las disposiciones legales que pueden entorpecer el acceso a la seguridad social, por ejemplo:

- Nivel de precisión de los enunciados a fin de evitar exclusiones por ambigüedad, por ejemplo, la condición de aceptación a la seguridad social de la pareja sin vínculo legal.
- Restricciones -abiertas o camufladas- al acceso a ciertas categorías de la población, como a minorías étnicas.
- Lagunas de la malla de la seguridad social (trabajadores a tiempo parcial o temporeros).
- Ausencia de umbrales mínimos para prestaciones o pensiones (subsídios).
- Condiciones restrictivas para hacer valer los derechos.

CAPITULO III

Cobertura Vertical

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



Chile - 2007

III.- COBERTURA VERTICAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN CHILE: ¿A qué se accede universalmente?

En el marco de la protección social en salud, no basta con acceder formalmente a ciertos servicios. Para que éstos tengan el carácter de protección deben reunir, además, condiciones de calidad, de oportunidad y de protección financiera. En esta sección se examinan los servicios o prestaciones a que tiene derecho con oportunidad y estándares mínimos de calidad la población calificada (es decir, aquella que ya obtuvo el derecho a acceso).

En términos generales, podría calificarse la cobertura sanitaria por los indicadores nacionales de salud de uso común lo cual, sin embargo, no da cuenta de las inequidades o desigualdades en perjuicio de ciertos grupos pero, con todo, refleja los logros históricos en la materia. Las estadísticas básicas de salud de Chile tienen hitos significativos de eficiencia que provienen de cambios institucionales empezados a mediados del siglo pasado, pero que se han intensificado en los últimos decenios. A modo de ejemplo, según el Departamento de Estadísticas del Minsal (2004), la tasa de mortalidad infantil es de 7,8 por 1.000 nacidos vivos; la atención profesional del parto es de 99,8%; la esperanza de vida al nacer se sitúa en 77,4 años.

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) del 2003 da cuenta de un cambio significativo en los problemas de salud que afectan actualmente a los chilenos. Particular relevancia tiene el grupo de enfermedades cardiovasculares, que muestra que más de la mitad de la población adulta tiene un riesgo cardiovascular alto o muy alto, con altas tasas de hipertensión, sobrepeso y obesidad, dislipidemia y tabaquismo.

Además, prácticamente todos los problemas de salud más acuciantes en la actualidad tienen un comportamiento desigual, afectando principalmente a los más pobres, a los que tienen menos años de escolaridad y, por cierto, a los de mayor edad.

La ENS refleja que los problemas sanitarios en el país están desigualmente repartidos. Por ejemplo, la hipertensión arterial existe en 55% de las personas con educación básica y sólo en el 22% en los que tienen nivel universitario; la diabetes se presenta en 10% de los del grupo con nivel básico y en sólo 1,2% en los universitarios; las personas con obesidad alcanzan al 31% en el grupo de menor educación y a 17% en los que poseen educación superior; asimismo, las personas con alto riesgo cardiovascular son más frecuentes entre los de menor educación (67%) que entre los universitarios (50%).

La vida de los pobres no transcurre de igual manera que en los demás estratos, notándose un deterioro de la salud mucho más acentuado producto de la falta de prevención y atención en el transcurso de sus vidas. En efecto, las personas (en su mayoría adultos mayores) que tenían solo educación básica, tienen en el 72% de los casos su agudeza visual disminuida, mientras que en los estratos altos sólo ocurre en el 23% de las personas; asimismo, los más pobres tienen disminuida sus capacidades auditivas en 38% de los casos y, en 17% entre quienes tienen educación universitaria. Sólo los fumadores son más frecuentes entre los de mayores ingresos (47%) que en los de menor nivel educacional (25%).

En este marco de transición epidemiológica y demográfica es necesario que los servicios de salud del país se adecuen permanentemente a los cambios y la oferta corresponda a estas transformaciones. Si bien los resultados de salud de las personas obedecen a muy diversos factores, no todos sanitarios, es necesario que, al menos, el acceso sea igualitario. En la actualidad solo algunas prestaciones tienen cobertura universal. Estas serán analizadas a continuación.

a) Atención Primaria de Salud (APS)

Los chilenos tienen una amplia cobertura asegurada en la atención primaria de salud. Las estadísticas, así como los índices de satisfacción, dan cuenta de esta situación en lo que se refiere a atención primaria. En efecto, en el cuadro 11 se observa que no hay discriminaciones contra los grupos de mayor pobreza relativa en cuanto a controles preventivos y consultas generales que corresponden a las prestaciones que entrega la atención primaria.

Cuadro 11

DESVIACIÓN DE DEMANDA SEGÚN PRESTACIÓN EN LOS QUINTILES BAJOS Y ALTOS CON RESPECTO A LA MEDIA		
PRESTACIÓN	40% INGRESOS BAJOS	40% INGRESOS ALTOS
Consulta general	5,30%	-7,70%
Consulta de urgencia	17,70%	-33,40%
Consulta de especialidad	-25,70%	16,60%
Atención dental	-28,60%	18,30%
Exámenes de Laboratorio	-11,80%	8,60%
Rayos X o ecografías	-25,20%	10,60%

Fuente: Casen 2000. Elaboración: Subdepto. Estudios Fonasa.

La desviación de demanda es la diferencia de porcentajes de uso de prestaciones entre la media nacional y la media de un estrato seleccionado. En las prestaciones en que el servicio público demuestra una mayor eficacia, cobertura y oportunidad, los sectores de menores ingresos acuden, incluso, en mayor proporción que los de mayores ingresos. En todo caso, también debe considerarse la hipótesis de una sobreacción en estos sectores frente a eventuales enfermedades.

En el caso de las atenciones de urgencia hay indicios suficientes para verificar que las personas suelen acudir por una percepción individual antes que por lo que, clínicamente, puede ser entendido como urgencia⁹ y que, una proporción significativa de estas atenciones podría haber sido resuelta en las instancias normales de la atención primaria.

La atención primaria, que podría considerarse garantizada universalmente, está constituida por cinco principales Programas, a saber: del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto, del adulto mayor y del ambiente (anexo I). Un 83% de los inscritos en Fonasa están registrados en los establecimientos que ofrecen la Atención Primaria de Salud Municipalizada (APSM). Esto no significa que los demás queden excluidos sino que, han privilegiado la atención a través de la

⁹ De allí que, a veces, se diferencia el concepto de urgencia (percepción del usuario) del de emergencia (que se refiere a la valoración clínica de la gravedad y necesidad de atención inmediata, dado el riesgo vital que presenta el paciente)

Modalidad de Libre Elección (MLE)¹⁰, se atienden en establecimientos de la red pública asociada al Ministerio de Salud o bien, no han demandado servicios de salud.

En los casos de atención dental, laboratorio y rayos X, en cambio, la diferenciación de demanda por quintil, muestra que los sectores de bajos ingresos se ven obligados a postergar estas prestaciones por falta de acceso y/o carencias reales en términos monetarios. Estas prestaciones no son ofrecidas por el sector público, o bien, suelen no ser ofrecidas con la oportunidad necesaria.

En las consultas de especialidad, por su parte, se requiere mayor información antes de aventurar una conclusión porque hay también evidencias de que los grupos que disponen de una cobertura total en servicios de salud acuden a las especialidades sin que medie una derivación profesional. Este "filtro", que se aplica en diferentes países, ha permitido ajustar los costos innecesarios que se detectan en estas prestaciones.

Pero el indicador de mayor interés para evaluar con mayor exactitud la universalidad de la cobertura en la APSM aparece en el estudio de Sánchez (2004). Alrededor de 17 millones de consultas médicas anuales se efectúan en este nivel (Fonasa, varios años), no obstante, hay un 20% de personas inscritas en la Atención Primaria de Salud Municipalizada que concurren a prestadores privados, no usando sus derechos a gratuidad en el sector público para prestaciones homologables. Si se considera, además, que el promedio de los copagos que asume el paciente es de 62% del costo de este tipo de prestaciones, sólo puede explicarse su uso por ausencia de oportunidad y/o calidad en la oferta pública, al menos para ese 20% que opta por modalidades privadas.

b) Atenciones de Urgencia

Según las disposiciones legales vigentes en Chile tienen acceso a los servicios de urgencia "todas las personas que necesiten una atención de urgencia, no importando si son beneficiarias del Sistema Público de Salud o del lugar donde se encuentre". (Página web del Ministerio de Salud visitada el 20 de enero de 2006). La ley 19.650 y el Decreto N° 896, de 1999, del Ministerio de Salud precisa que urgencia o emergencia "Es toda condición de salud o cuadro clínico que implique riesgo vital y/o secuela funcional grave para una persona de no mediar atención médica inmediata e impostergable. La condición de salud o cuadro clínico de emergencia o urgencia debe ser determinado por el diagnóstico efectuado por un médico cirujano en la unidad de urgencia pública o privada en que la persona sea atendida, lo que deberá ser certificado por éste". En realidad, esta definición restringida a una opinión profesional surge como medida precautoria ante la detección de numerosos establecimientos privados que exigían documentos financieros en garantía lo cual inhibía el uso de atenciones que podían provocar la muerte.

La utilización de los servicios de urgencia hospitalarios chilenos es muy abultada, tanto en términos absolutos -unos 6 millones de visitas anuales- como en términos relativos -más del 40% de las urgencias atendidas¹¹.

Fonasa financia y/o compra prestaciones de salud denominadas como atenciones de urgencia de distinta índole dependiendo del ámbito donde se producen correspondientes a: Prestaciones Valoradas (PPV), Ley de Urgencias (PAE y Rebalses), y AUGE. Adicionalmente, las urgencias se financian a través de presupuestos fijos en todo aquello que no este identificado como PPV y con

¹⁰ Modalidad que permite elegir prestadores privados (generalmente consultas de especialidades) que tienen un copago más alto que en la Modalidad de Atención Institucional (MAI) la cual se entrega únicamente en la red pública de salud.

¹¹ La diferencia es atendida por los servicios de urgencia de la atención primaria.

transferencias de recursos a los Municipios para atenciones de urgencia dentro del ítem Reforzamiento Municipal, para el Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y la Infección Respiratoria Aguda (IRA), entre otras. (Ibern 2007)

Las prestaciones valoradas son aquellas prestaciones producidas en el ámbito público - hospitales dependientes de un Servicio de Salud - para las que se puede identificar el prestador, el paciente atendido y la fecha de otorgamiento, entre otros datos de interés.

La Prestaciones Asociadas a Emergencia (PAE) son beneficios adicionales de tipo administrativo recibidos por los usuarios del Fonasa gracias a la Ley de Urgencias (en efecto, la ley permite que sea directamente el asegurador que defina los pagos con el prestador). La ley protege a los beneficiarios de Fonasa que deben concurrir a establecimientos privados mientras no hayan sido estabilizados en su riesgo vital por el prestador privado o cuando no es posible su derivación o rescate público. En este último caso, el Centro Regulador informa al prestador que siga atendiendo al beneficiario mientras gestiona su traslado. El costo que se genera en el lapso que se produce entre el momento que debió ser trasladado y su permanencia en el centro asistencial privado, denominado "rebalse", es de cargo principalmente de FONASA. Este costo alcanzó a cerca de 6.000 millones de pesos en 2006.

Por otra parte, hay diversos problemas -o circunstancias de algunos problemas- insertos en el AUGE que son propios del sistema de urgencia, por ejemplo, el infarto al miocardio (38.968 personas atendidas durante el año 2006) y las infecciones respiratorias agudas (564.181 personas) como se especifica en el anexo 4.

Complementariamente, a fines de la década de los ochenta, fueron creados los Servicios de Atención Primaria de Urgencia, SAPU, pero tuvieron su apogeo en la década siguiente (13 en 1990 y 152 en 2004), que son establecimientos de salud que atienden en horarios en que los consultorios habituales no lo hacen y forman parte de la red de urgencia que presta atención inicial en casos de alta gravedad.

"Los objetivos que persigue el SAPU son:

- Aumentar la capacidad resolutoria del nivel primario de atención
- Aumentar la cobertura de atención del consultorio
- Mejorar la accesibilidad a la atención médica de la comunidad
- Disminuir las consultas de urgencia en el nivel terciario de atención
- Disminuir los tiempos de espera por consultas de urgencia
- Disminuir los costos por traslados debido a consultas de urgencias" (en www.minsal.cl visitado el 20.06.2007)

c) Plan AUGE

Hay una abundante literatura sobre el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) y el proyecto de ley que lo sustenta conocida como Ley de Garantías Explícitas en Salud (GES) que puede ser consultada como referencia básica para esta sección (entre otras: Minsal 2002(1) Minsal 2002(2), Sandoval 2004, Urriola 2005(2)). No obstante, en esta sección se quiere hacer referencia exclusiva a los cambios ocurridos en la atención en la población como consecuencia de esta ley y que tienden a ampliar la universalidad.

Los sistemas de salud públicos en los países otorgan universalidad formal de acceso a la salud a toda la población, esto es, que no hay exclusión para las personas inscritas en el seguro público ante ninguna condición (étnica, de ingresos, de sexo u otras). Sin embargo, en la realidad, la exclusión se produce por la vía de las listas de espera, por la menor calidad (aparente o real de las prestaciones) y por los requisitos financieros que se solicitan, especialmente, para intervenciones complejas (quirúrgicas y/o catastróficas). En otras palabras, la oportunidad, la calidad y el financiamiento son las variables de ajuste que restringen el acceso real a las prestaciones en tiempo oportuno.

En esta perspectiva, el establecimiento de garantías explícitas de oportunidad para 56 problemas de salud incluidos en el Plan AUGE vigente en Chile desde 2005 y que se ampliará a 80 problemas hacia 2010, coloca exigencias hacia los prestadores públicos y privados, los cuales están sometidos a plazos perentorios, definidos de acuerdo a criterios sanitarios, para otorgar al paciente las prestaciones mínimas (el indicador de calidad actualmente vigente¹²) que permiten obtener resultados clínicos. De alguna manera, el criterio principal que permite diferenciar esta situación con la anterior es que la Reforma de Salud condiciona las listas de espera a plazos perfectamente conocidos por la población y que aparecen estipulados en documentos de público acceso (Decreto No 170 del Ministerio de Salud con el Listado de Prestaciones Específico de Garantía Explícitas en Salud aparecido en el diario oficial del 28 de enero de 2005). Por su parte, la especificación de las prestaciones mínimas que contienen los problemas de salud del AUGE en las cuatro fases fundamentales, a saber, sospecha, diagnóstico, tratamiento y seguimiento es también de público acceso (Anexo al Decreto No 170 del Ministerio de Salud).

A continuación, a modo de ejemplo, se presentan los plazos en que deben realizarse las prestaciones para un problema crítico como es la Diabetes Mellitus tipo 1 que se caracteriza por destrucción de las células beta pancreáticas, que se traduce en un déficit absoluto de insulina y dependencia vital a la insulina exógena.

Las garantías establecidas para este problema en cuanto a acceso es que todo beneficiario con sospecha, tendrá acceso a diagnóstico con derecho a consultar un especialista en un máximo de tres días; luego, de confirmarse el diagnóstico, tendrá acceso a tratamiento el cual debe iniciarse en 24 horas.

Si el paciente está con descompensación, debe ser tratado con glicemia dentro de 30 minutos en Servicio de Atención Médica de Urgencia. En cualquier caso, tendrá acceso a tratamiento de urgencia y hospitalización con medidas específicas inmediatas y hospitalización según indicación.

Las exigencias de atención que plantea el Plan AUGE en cada uno de los 56 problemas ha tensionado, sin duda, el sistema de salud, razón por la cual la propia Reforma creó la Subsecretaría de Redes en el Ministerio de Salud que debe asegurar que los recursos humanos, de infraestructura y de transporte sean los adecuados para estas necesidades. De hecho, el informe de evaluación preliminar que difundió el Fonasa en diciembre de 2005 en cuanto a listas de espera es ilustrativo al respecto, como se observa en el cuadro 12.

¹² Si bien la ley 19.966 define como "Garantía Explícita de Calidad: otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado, de acuerdo a la ley N° 19.937, en la forma y condiciones que determine el decreto a que se refiere el artículo 11" lo cual, en consecuencia, no alude a las prestaciones directamente sino a las características o requisitos de los prestadores. Empero, en los hechos el costeo AUGE que enumera prestaciones y medicamentos está registrando parámetros mínimos con los que deben contar tales coberturas. Según opinión de expertos, el objeto de no transformar esos procedimientos, insumos y valores en criterios uniformes de calidad es evitar descartar tratamientos e insumos alternativos, pero no "clínicamente inferiores".

Cuadro 12

REDUCCION DE LISTAS DE ESPERA COMO CONSECUENCIA DEL PLAN AUGE						
PATOLOGIAS	2000			2005*		
	REALIZADAS	BRECHA	TOTAL	REALIZADAS	BRECHA	TOTAL
Cataratas	6.220	9.690	15.910	18.000	0	18.000
Endoprótesis Total de Cadera > 65	484	926	1.410	1.412	0	1.412
Endoprótesis Total De Cadera < 65	145	278	423	769	385	1154
Cáncer Invasor Cuello Uterino Trat.	1.340	0	1.340	896	0	896
Cáncer De Mama Trat. Quirúrgico	2.057	290	2.347	2.541	0	2.541
Cáncer Pre Invasor Cuello Uterino Tratam. Ambulatorio	4.295	3.620	7.915	8.373	0	8.373
Colelitiasis Mayor y Menor 65 Años	20.294	6.000	26.294	32.618	0	32.618
Hiperplasia Próstata Mayor y Menor 65 Años	4.416	84	4.500	4.800	200	5.000
Hernia Abdominal Infantil y Adulto	17.968	1.500	19.468	23.996	3.914	27.910
Cardiociugía	2.933	4.290	7.223	6.257	1.191	7.448
TOTAL REALIZADAS	60.152	26.678	86.830	99.662	5.690	105.352

Fuente: Departamento de Comercialización. Fonasa. Diciembre de 2005

* Estimaciones anuales realizadas en noviembre de 2005.

El cuadro 12, que cubre sólo diez de los problemas AUGE, da cuenta de una aproximación razonable a cobertura real universal en los problemas asociados al Plan AUGE que, por cierto, no constituyen la totalidad de las posibles enfermedades existentes en el país, aunque la lista general del Plan está elaborada en base a parámetros técnicos ajustados por los recursos disponibles. Con esta finalidad se desarrolló un modelo de priorización de problemas de salud para apoyar las decisiones de inclusión o exclusión y también orientar las decisiones sobre implementación.

El algoritmo de priorización usa criterios comúnmente aplicados para establecer prioridades en salud y representa la lógica que se aplicó en el diseño general del Plan. El Ministerio de Salud había llevado a cabo estudios para identificar los problemas de salud más relevantes para el sector denominado "Prioridades en Salud", el cual consideró la ejecución de dos componentes, un estudio cuantitativo denominado Carga de Enfermedad (Concha et. al. 1996) y un Estudio Cualitativo o de Preferencias Sociales. La elección de los componentes del Auge tuvo en esta serie de estudios un soporte fundamental aunque, finalmente, se agregaron nuevos factores para el diseño definitivo, tales como la capacidad de oferta de los sistemas de salud y, en particular, del sector público; la evidencia clínica; y, por cierto, los costos involucrados en eventuales atenciones universales.

Tomando todo en cuenta, hay patologías que aparecieron como relevantes en el estudio sobre evaluación de pérdidas de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA) y que no figuran en las primeras prioridades del Auge por alguna de las razones mencionadas anteriormente, por ejemplo, dependencia del alcohol, Alzheimer, trastornos vía biliar, cirrosis pero, en cambio, son priorizadas por el AUGE otras 11 patologías principales que arroja este estudio. Las primeras 15 pérdidas por AVISA dan cuenta del 60% de tales pérdidas en Chile, incluyendo los accidentes de tránsito.

Las 56 patologías AUGE identificadas dan cuenta del 75% de la carga de enfermedad y el 50% de las hospitalizaciones. Si bien la carga de enfermedad considera las cifras de mortalidad ajustada y por años de vida saludables perdidos, el listado priorizado incorpora condiciones que no son necesariamente mortales y forman parte de la calidad de vida o de las intervenciones de carácter preventivo o de salud pública (Jiménez 2005).

A mayor abundamiento, los propios autores (Concha et al.) previenen de los alcances de esta metodología: “Los parámetros que incluye la medición de los AVISA han sido objeto de fuerte discusión en distintos foros, así como el uso posterior de los resultados en estudios de costo-efectividad, con la intención de diseñar canastas de prestaciones. Dentro de los temas polémicos está el uso de un valor diferencial del año de vida según la edad de los sujetos y el uso de una tasa de descuento, a pesar de que la sensibilización realizada por Murray en sus estudios, y la realizada en este mismo estudio, muestra que en conjunto no presentan un efecto significativo en el ordenamiento final del listado de problemas prioritarios. Luego, la mayor utilidad de la tasa de descuento, sería asegurar la comparabilidad del tratamiento de los costos y resultados en los estudios de costo-efectividad.

Ambos parámetros, además, contribuirían a otorgar un mayor peso relativo a los problemas de salud de la población en edad productiva, fenómenos que no aparecen priorizados con los indicadores de uso habitual, pero que si son importantes en la percepción de la población”.

En definitiva, lo que interesa concluir es que no basta con universalizar ciertas prestaciones sino es necesario que los sistemas de salud incorporen problemas o patologías según criterios que apunten a mejorar la situación de salud de las personas o su bienestar general, independientemente de las complejidades que conlleva establecer metodologías consensuadas para lograrlo. En consecuencia, la inclusión gradual de los 56 problemas AUGE es un paso importante para profundizar la cobertura vertical en salud, lo que podrá ampliarse en el futuro. Actualmente, las directrices gubernamentales establecen que hacia 2010 habrá 80 problemas en el Plan AUGE.

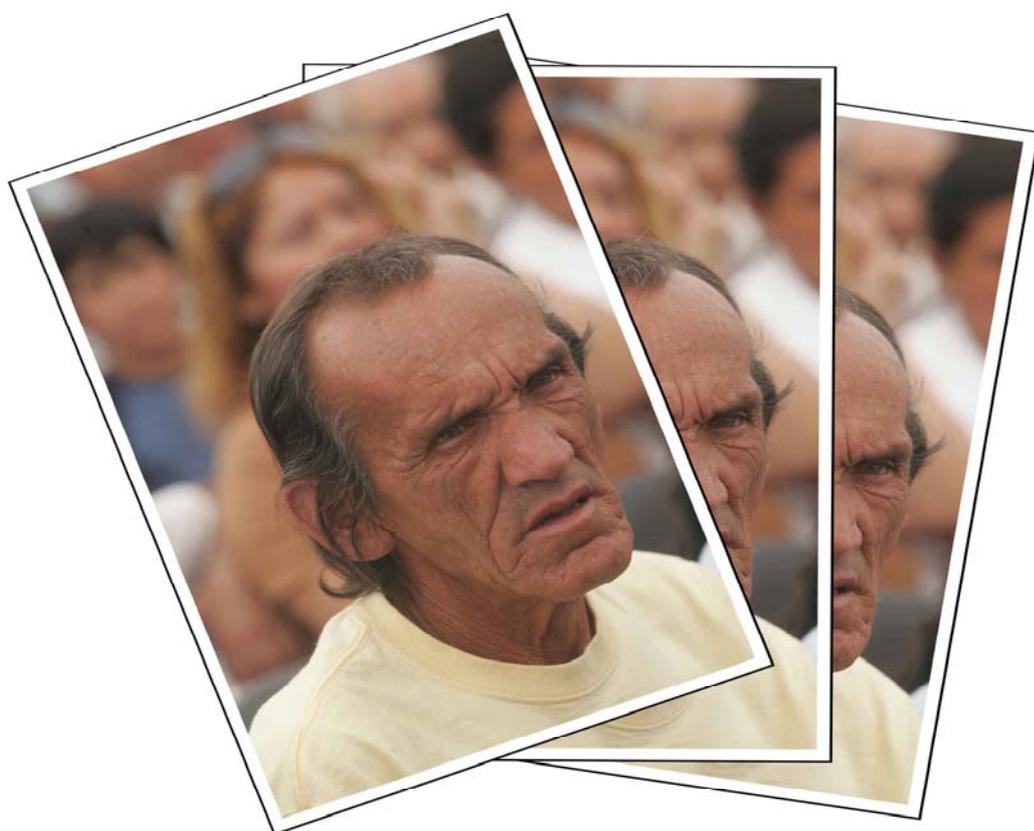
Ahora bien, el hecho de que se haya establecido que la Atención Primaria, el Plan AUGE y la atenciones de Urgencia sean consideradas prestaciones en el campo de las coberturas verticales efectivas no significa que el resto de las enfermedades estén desprotegidas totalmente. En realidad entre ellas ocupan apenas alrededor del 50% del presupuesto público y, por su parte, el sector privado dispone de múltiples planes en que, en algunos casos, la cobertura alcanza prácticamente a todos los niveles. Lo que sucede es que el sector público, en las demás patologías, debe recurrir a la variable de ajuste privilegiada (listas de espera) para acondicionar las capacidades de oferta con los recursos disponibles.

En algunos países se ha interpretado el concepto de protección universal vertical igualitario mediante la venta de planes únicos y restringidos en que el Estado concurre con subsidios que “portan” los sectores de menores ingresos. Esta situación ha conducido a aumentar la desprotección general puesto que la privatización de los planes no ayuda al fortalecimiento de la red sanitaria global.

CAPITULO IV

Protección Social

PROTECCIÓN FINANCIERA



Chile - 2007

IV.- PROTECCION SOCIAL Y PROTECCION FINANCIERA

Este capítulo se divide en tres secciones. En la primera se examina el papel de los seguros en salud en general y de allí se desprende el rol del Estado para reducir la “autoinhibición” al acceso a servicios de salud por imposibilidades financieras, es decir, examina los montos, mecanismos y focalización del gasto público directo en Salud. En la segunda sección se examinan los programas generales del sistema público de salud de Chile que reducen o eliminan los copagos de los beneficiarios y su focalización según estratos; en la tercera sección se examinan programas especiales del seguro público en esta misma perspectiva.

a) Papel de los Seguros

La teoría del aseguramiento es simple puesto que se trata de evitar desembolsos repentinos, enormes e imprevistos mediante el pago de primas permanentes a empresas especializadas, las cuales, a su vez distribuyen los costos a partir de probabilidades de incidencia de los fenómenos que se aseguran entre múltiples participantes del seguro.

Las características del fenómeno a cubrir son decisivos para evaluar el riesgo y, en consecuencia, el valor de la prima. A mayor riesgo (probabilidad de ocurrencia), por cierto, más alta es la prima en relación al monto probable de la cobertura. Pero, también ocurren en el caso de salud, diferentes imperfecciones de mercado que pueden “obscurer” el cálculo actuarial. En efecto, hay asimetrías de mercado que pueden ocurrir si los pacientes ocultan preexistencias o enfermedades crónicas lo cual subvalora la demanda real, o bien, puede haber riesgo moral por demanda inducida desde los proveedores, entre otras.

La complejidad del bien salud en cuanto a cómo evaluar el monto a asegurar no termina aquí pues los costos globales del pago de una póliza son indeterminados porque el costo de un tratamiento no se asemeja al costo de reposición de los daños ocasionados, por ejemplo por un incendio, que están claramente definidos. De este modo se produce la paradoja de que los límites en el aseguramiento privado de la salud acarrear desprotección para gastos médicos elevados, precisamente aquellos contra los cuales resultaría más atractivo asegurarse (Arrow, 2000).

En el caso de la salud, los seguros privados pueden resultar ineficientes, costosos y, aún así, no cubrir la totalidad de los riesgos de salud. En realidad, los países han tendido a converger hacia una combinación en el financiamiento de la salud entre aportes públicos (del presupuesto general del Estado) y privados (de las personas directamente o a través de seguros privados). Las cotizaciones obligatorias de la seguridad social se contabilizan como aportes públicos en tanto su obligatoriedad les asemeja a los impuestos.

Pero, además, para intentar solventar las dificultades financieras de numerosos sectores de la población en países de escaso desarrollo, es decir, aquellos en que los recursos públicos hacen inviable el financiamiento de la seguridad social con aporte fiscal, el Banco Mundial y la OIT realizaron sendos estudios compilados por Dror y Preker (2002) cuyo objetivo es potenciar acceso, calidad y contención de costos. Para ello, estos autores recopilan formas novedosas de aseguramiento, especialmente para los sectores más pobres e informales. El objetivo en este caso es el reaseguramiento (o apalancamiento) de recursos que aportan las comunidades ante riesgos de

diferentes tipos, transfiriendo el riesgo de las unidades de microseguro al reaseguro. El principal hallazgo (Dror 2000) del estudio es que, cuando es posible estimar los resultados financieros de las unidades de microseguro, éstas pueden participar en contratos de reaseguro y ser estables desde el primer año. El segundo hallazgo –menos estimulante– es que se pueden requerir varios años de funcionamiento del consorcio de reaseguro para lograr equilibrar los ingresos y los gastos. El autor termina reconociendo que el problema principal radica, justamente, en la inestabilidad tanto de los ingresos (informalidad laboral) como de los gastos (impredecibilidad de la frecuencia y magnitud de los eventos adversos en salud) lo cual es un elemento conocido y que más bien debieran ser considerados como factores exógenos. En este campo se han desarrollado diversos mecanismos para modelar el financiamiento de la demanda de bienes y servicios de salud entre los cuales conviene ver Cichon et al. (1999).

En todo caso, el ejercicio descrito tiene mayor sentido en países con alta informalidad, bajos ingresos y débil institucionalidad. Chile podría ubicarse en un nivel medio entre países de alto y bajo desarrollo relativo, por lo que podría buscar alternativas con mayor apoyo institucional del Estado. Ya se mencionó, en todo caso que hay importantes debates a favor del financiamiento estatal de la seguridad social que se opondría al planteamiento anterior.

La protección social, puede verse entrabada en la práctica si los recursos disponibles de las personas son insuficientes para completar las prestaciones. Por ejemplo, si los gastos de bolsillo que implica una prestación –cualquiera sea su complejidad– superan un monto determinado del ingreso disponible. La OMS tiende a calificar de catastrófico todo gasto en salud que supere al 40% del ingreso familiar disponible y existen evidencias de que los gastos de bolsillo constituyen un impedimento decisivo para completar tratamientos, por ejemplo, no comprando o haciéndolo sólo parcialmente los medicamentos recetados por los profesionales.

En definitiva, la estructura del financiamiento no puede ser considerada como una propuesta independiente del desarrollo económico de los países. Sin embargo, este es un debate que escapa a los objetivos de este documento.

Esta sección describirá la estructura de financiamiento en Chile de los gastos de salud entre los tres componentes principales: el gasto público directo, el gasto público indirecto efectuado a través de cotizaciones obligatorias a la Seguridad Social y el gasto de bolsillo, es decir, el que cubre los copagos por prestaciones o medicamentos y los gastos que realizan en salud las personas no aseguradas.

i) Estructura del financiamiento de la Salud en Chile

• Aporte Fiscal y Cotizaciones de los Trabajadores

De manera global, desde principios de los años 90, se han desplegado esfuerzos importantes en cuanto a una redistribución del gasto en favor del área social que alcanza a 68% en el Presupuesto público en 2006.

En el ámbito del gasto social se encuentran las más diversas formas de financiamiento de la seguridad social. Hay consenso en que es imposible financiar la salud sólo con los aportes directos de las personas.

En el caso de Chile se puede verificar una estructura basada en el carácter mixto (público y privado) del sistema asegurador y prestador de salud. El cuadro 13 da cuenta de los cambios provocados por el mayor aporte público para financiar la reforma de salud que incluyó la revisión del Impuesto al Valor Agregado de 18% a 19% en 2003.

Cuadro 13

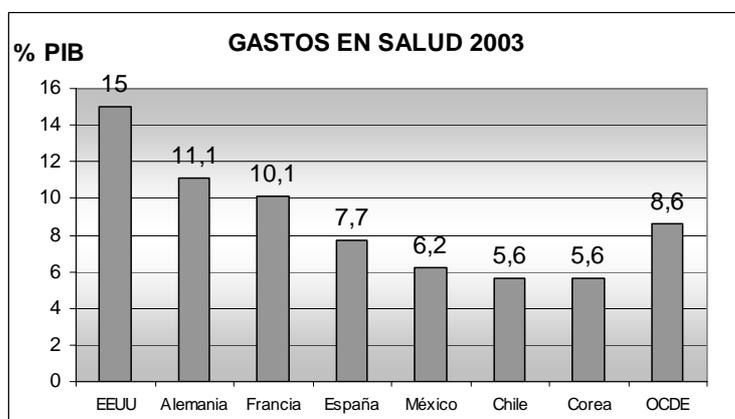
ESTADISTICAS ECONOMICAS BASICAS EN SALUD		
	%2003	(%) 2004
APORTE PUBLICO DIRECTO	28,8	32,1
Aporte Fiscal	27,2	30,6
Aporte Municipal	1,6	1,6
APORTE PUBLICO INDIRECTO	38,3	37,5
Cotizaciones de la Seguridad Social		
Cotizaciones al Seguro Publico	17,4	16,7
Cotizaciones al Seguro Privado (Obligatorias)	20,9	20,8
GASTOS DE BOLSILLO	33,0	30,4
Cotizaciones Voluntarias	6,7	6,7
Copagos Prestaciones Privadas	9,5	9,5
Otros Pagos (No Afiliados)	3,8	2,1
Medicamentos	13,0	12,1
Total Salud/PIB	5,6	5,9
TOTAL SALUD. MILLONES USD CORRIENTES*	4.044	5.121
Total Salud en Mill. De USD corregidos de 2003*	4.044	4.121
Tasa de crecimiento Gasto en Salud en pesos corrientes		13,1%
Tasa de crecimiento Gasto en Salud en dólares al valor de 2003		11,5%
Tasa de crecimiento del PIB real 2004		6,1%
Inflación 2004		2,4%
Tasa de crecimiento de la proporción Salud/PIB		5,5%

* Tipo de cambio medio anual según el Banco Central de Chile: 2003: 1 USD = \$691,4; 2004: 1 USD = \$609,53

Fuente: R. Urriola Cuentas de Salud de Chile 2004 y estimaciones para 2004

Se podría esperar que el indicador de eficacia global de los gastos en salud sea la esperanza de vida. Sin embargo, según la OCDE (2005) los Estados Unidos, pese a gastar cerca del 15% del PIB en salud se ubican apenas en el lugar 22 en el ranking de esperanza de vida con 77 años. En cambio, Corea del Sur que gasta sólo el 5,6% del PIB, alcanza también a 77 años en esperanza de vida. Con todo, el gasto per cápita en salud en Chile situado en alrededor de 320 dólares es 15 veces inferior que en EE.UU. pero alcanza el mismo nivel de esperanza de vida que EE. UU. En conclusión, pareciera que el nivel y cuantía de gastos en salud no está correlacionado con los resultados sanitarios.

Gráfico 3



Fuente: OCDE, 2005 y Urriola (2004) para Chile.

En cuanto a la distribución de recursos entre el seguro público y los seguros privados, el cuadro 14 da cuenta de una severa inequidad entre los recursos disponibles en ambos casos. En efecto, el gasto per cápita de las aseguradoras privadas es de 122% superior al del seguro público alcanzando a alrededor de 557 dólares de EE. UU anuales. Por su parte, Fonasa alcanza a 251 dólares. Es muy significativo que esta relación se reduce gracias al aporte fiscal, puesto que si sólo se considerasen las cotizaciones que hacen los trabajadores y pensionados, la diferencia entre sector público y privado se amplía a 4,1 veces.

Por lo demás, las aseguradoras privadas han ido incrementando sistemáticamente los aportes voluntarios adicionales de sus afiliados de tal modo que ellos constituyen en la actualidad aproximadamente el 26% de sus ingresos totales. Esta estrategia ha ido aumentando la segmentación del mercado de la salud toda vez que, por las mismas razones como lo indica el cuadro 14, en el período analizado (2000-2006) se han reducido los cotizantes en 400 mil personas en las Isapres mientras que el seguro público aumenta sus afiliados en un millón 300 mil personas.

Cuadro 14

ESTADÍSTICAS BASICAS				
SISTEMA ISAPRE - FONDO NACIONAL DE SALUD AÑOS 2000-2006				
en miles de pesos constantes de 2000				
ISAPRES	2000	2004	2005	2006
Cotización legal (7%)	513.176	527.900	55.097	572.843
Cotización adicional legal (2%)	9.255	577	2	0
Cotización adicional voluntaria	12.910	191560	194.937	200.445
Aporte adicional (1)	15.538	19.962	16.412	18.834
A -Total ingresos Isapres	667.072	740.001	762.325	792.122
B- Subsidios incapacidad laboral (SIL)	1.054	983	1.068	1.198
C- Cotizantes (a diciembre de c/año)	1.300.005	1.232.092	1.244.859	1.286.165
D- Aporte anual cotizante promedio (A/C)	513	600	612	615
E.- Población Isapre (2)	3.092.195	2.678.432	2.660.338	2.684.554
F.- Gasto percapita en salud ISAPRES	216	276	287	295
FONASA	2000	2004	2005	2006
A* Cotizaciones (a)	399.637	540.537	597.365	672.343
Aporte Usuario (b)	95.625	100.813	96.191	97.892
Aporte Fiscal	476.945	583.585	639.277	746.354
Ingresos Recuperación Prestamos Médicos	2.387	5.903	5.903	5.820
Ingresos de Operación	443	182	171	162
A1- Total Ingresos FONASA	975.037	1.231.020	1.338.906	1.522.570
B1.- SIL (c)	71.676	92.288	111.411	14501
C1- Cotizantes (a diciembre de c/año)	3.595.735	3.975.758	4.315.902	4.433.165
D1.- Aporte anual cotizante promedio A*/C1	111	135	138	151
E1.- Población Fonasa (1)	10.157.686	10.910.702	11.120.094	11.479.384
F.- Gasto per cápita en salud FONASA	96	113	120	133
G- IPC con base año 2000 (Dic.)	100	109	113	116

Fuente: Pagina WEB Superintendencia de Salud - Información Financiera - Estado de Resultados Sistema Isapre; Pagina WEB Superintendencia de Salud - Cartera de Beneficiarios - Sistema Isapre - Cotizantes Vigentes por mes

- (1) Considera Aporte del Empleador y a partir del año 2006 además el Fondo de Compensación
 (2) A partir del año 2001, se cambia clasificador Aporte Adicional por Aporte Empleadores
 (a) Considera Recaudación del 7%, INP, AFP y Cotización SIL (incluye 0,4% CCAF para SIL)
 (b) Considera Ingresos por Copago MLE
 (c) Considera Gasto SIL Servicios de Salud y Gasto Total CCAF

Es común que las reformas de salud no sean evaluadas financieramente con seriedad y que, muchas de las expectativas se vean frustradas justamente por falta de recursos para solventar las nuevas ofertas. En Chile, considerando la importancia del Plan AUGE, el Estado tuvo que hacer esfuerzos decisivos para asegurar las garantías de los problemas cubiertos. El Plan AUGE sólo ocupa el 23% del presupuesto general sectorial destinado a prestaciones. Por otra parte, como se observa en el cuadro 15, los aportes globales al presupuesto de salud en los últimos cinco años han aumentado en 58%, justamente para solventar los nuevos requerimientos de este plan. Lo que es más importante es que los aportes adicionales absolutos realizados por el Fisco entre 2001 y 2006 (627.000 millones de pesos)¹³ han sido ampliamente suficientes para financiar la totalidad del AUGE y, además, restan excedentes para resolver otros acuciantes problemas de salud.

Cuadro 15

PRESUPUESTO PUBLICO DE SALUD (2001- 2006)	
(millones de pesos)	
2006	1.713.342
2005	1.496.396
2004	1.330.670
2003	1.201.177
2002	1.115.062
2001	1.087.254

Fuente: Boletines Estadísticos Fonasa (varios años) e Informes financieros.

En consecuencia, todo indica que las reformas de salud deben hacerse en el marco de reducción de brechas para fomentar la equidad, y para su éxito generalmente deberán destinarse recursos desde el presupuesto público.

• Los Gastos de Bolsillo

Los gastos de bolsillo pueden constituir el aspecto más decisivo de la falta de protección social o cobertura en salud en tanto ellos pueden llegar a montos impredecibles. Wagstaff (2002) precisa las condiciones en las cuales éstos exacerban las desigualdades sociales en esta materia. En primer lugar, señala que “la distribución de los costos de la atención sanitaria no se debe hacer de forma que aumente la desigualdad de los ingresos”. En segundo lugar, es necesario que las familias no gasten en tales atenciones por sobre un porcentaje determinado de sus ingresos y que los pagos superiores a este umbral se clasifiquen como catastróficos. Y, en tercer lugar, los costos de la atención sanitaria no deberían llevar a las familias a la pobreza ni aumentarla. En términos más generales, la OMS (2000) establece que “aunque el pago anticipado es una piedra angular de un financiamiento equitativo de un sistema de salud, en los países o entornos de bajos ingresos tal vez se requiera alguna contribución directa en el momento de la utilización para aumentar los ingresos cuando no hay suficiente capacidad de pago anticipado”. Lo importante es que este “aporte” se encuentre en un marco razonable que impida que el gasto se transforme en otra catástrofe, esta vez económica.

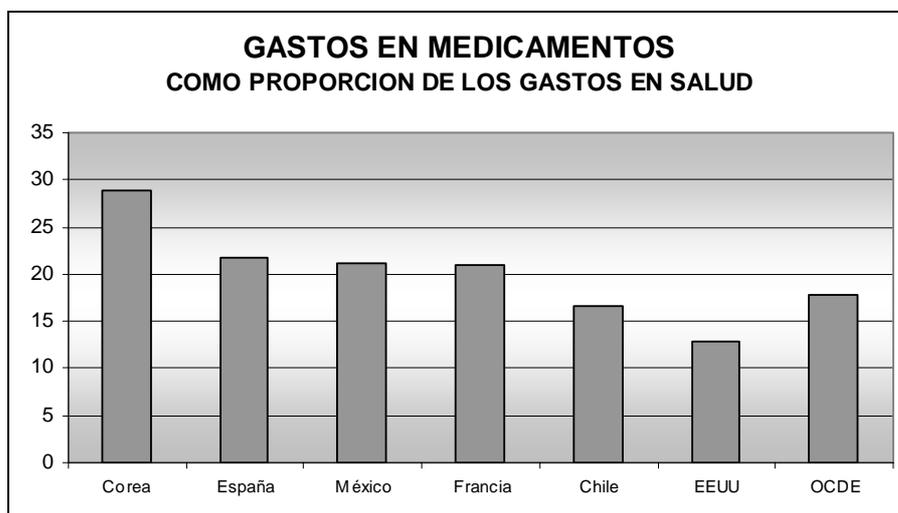
¹³ Alrededor de 1.100 millones de US dólares (incluye el aumento de las cotizaciones de los afiliados).

El gasto de bolsillo en Chile alcanza a alrededor del 30% de los gastos totales de salud lo que es todavía una proporción muy alta. Los medicamentos cobran una importancia principal del gasto de bolsillo ya que sólo una pequeña proporción es cubierto por el seguro público aunque el Plan Auge incorporó la cobertura de medicamentos.

La variación del precio de los medicamentos y su importancia creciente en la estructura de costos han sido una arista esencial de los trabajos que examinan los aspectos económicos de la salud. En el conjunto de países de la OCDE, los gastos farmacéuticos han aumentado en promedio en 32% en términos reales entre 1998 y 2003, alcanzando un total de aproximadamente 450.000 millones de US dólares en este último año (OCDE, 2005).

Entre 1998 y 2003, los gastos en medicamentos en la OCDE representaron, en promedio, 18% de los gastos totales de salud. Cabe notar que en EE.UU. alcanzan a cerca de 700 US dólares por persona y 600 en Francia, pero, en cambio, apenas superan los 100 US dólares por habitante en México o Turquía (países que también pertenecen a la OCDE) y a cerca de 44 dólares en Chile.

Gráfico 4



Fuente: OCDE, 2005 y Urriola (2004) para Chile.

Por cierto, los mecanismos de aseguramiento, pago y cobertura influyen en el nivel del gasto farmacéutico. En la OCDE, cerca del 60% de los medicamentos y alrededor del 75% de los gastos totales de salud son financiados por el sector público. En los países con menor cobertura de los seguros –sean éstos públicos o privados– se reduce la proporción del gasto en salud y en medicamentos, mientras que en los de ingresos bajos y medianos el gasto público en medicamentos no cubre las demandas básicas de la mayoría de la población. En estos países entre un 50% y un 90% de los medicamentos son pagados por los propios pacientes (OMS 2004). En Chile, se sitúa en torno al 75% del gasto total de los medicamentos lo que deben pagar directamente los propios pacientes¹⁴.

¹⁴ Aunque esto ha disminuido desde la puesta en marcha del plan AUGE en julio de 2005.

La OMS advierte que “No hay en el mundo sistema de salud que ofrezca acceso ilimitado a todos los medicamentos. La selección racional de medicamentos esenciales¹⁵ es uno de los principios básicos de una política farmacéutica nacional. Esa selección guía las decisiones terapéuticas, la formación profesional, la información pública, la financiación y el suministro. Se trata de un concepto mundial que se puede aplicar en cualquier país, tanto en el sector público como en el privado, y en diferentes niveles del sistema de atención de salud” (OMS 2004). Es decir, pese a las dificultades para asegurar universalidad en la provisión de medicamentos no cabe duda que es posible establecer ordenamientos y políticas que permitan optimizar una relación costo-efectividad en este ámbito y, consecuentemente, aumentar la protección social.

Asimismo, en la perspectiva de reducir costos, la OMS (2004) indica que la competencia de precios mediante la oferta de productos genéricos y la competencia terapéutica son poderosos instrumentos de reducción de los precios. A través de la competencia de los genéricos se han conseguido reducciones de precios del 75% al 95% sobre los precios iniciales de los productos de marca. Además, también se han obtenido reducciones de precios a través de la competencia terapéutica, esto es, la competencia entre diversos productos de marca pertenecientes a la misma clase terapéutica. No obstante, la propia OMS (2003) llama la atención sobre la imprescindible necesidad de una reglamentación farmacéutica para garantizar la seguridad, la eficacia y la calidad de los productos ya que se han detectado, en diversos países y circunstancias, la falsificación de algunos productos con las obvias consecuencias nocivas sobre los usuarios.

Actualmente el Plan Auge no ha estipulado una regla única para el uso de medicamentos genéricos, pero, no cabe duda que éste es un tema de trascendental importancia para lograr los objetivos de la Reforma.

ii) Estimaciones del costo de los medicamentos en Chile

No hay cifras oficiales sobre el gasto total de medicamentos en Chile. No obstante, las fuentes especializadas hacen estimaciones que oscilan alrededor de los 700 millones de US dólares, es decir alrededor del 17% del gasto total en salud¹⁶. Según la Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos de Chile (Asilfa, El Mercurio julio 2005), el mercado de los medicamentos incluidos en las patologías AUGE alcanzaría a unos US\$ 178 millones, cifra que representa casi el 25% de las ventas totales de la industria farmacéutica en Chile.

En 2005, el sector público –según Asilfa– destinó unos US\$ 130 millones a fármacos. La Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast), el principal organismo público encargado de las compras de medicamentos, estimó que el 85% es cubierto por medicamentos nacionales y sólo el 15% proviene del exterior.

Además, son los antihipertensivos, los analgésicos y los medicamentos para la diabetes los que concentran más del 50% de las compras.

Entre los años 1998 y 2006, el mayor incremento en el índice de precios de bienes y servicios de salud se produce en medicamentos con un alza de 65%; seguido de servicios de urgencia con un 45%.

¹⁵ “es muy común considerar equivocadamente como sinónimos “medicamento genérico” y “medicamento esencial”. En honor a la precisión, “genérico” es una palabra asociada a una nomenclatura; en cambio, “esencial” es una expresión relacionada con una necesidad sanitaria, es decir, es un término que tiene una connotación social” (Vergara 2005).

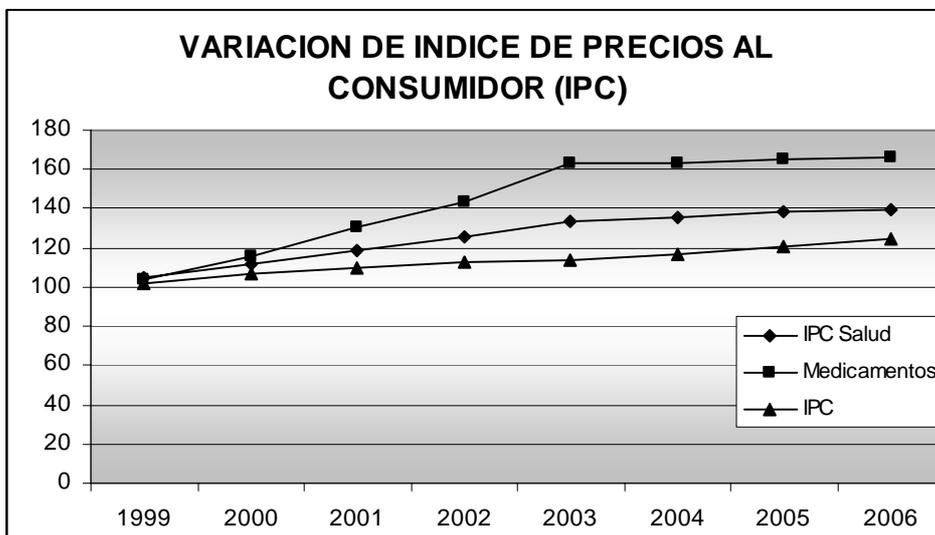
¹⁶ La elevada volatilidad del tipo de cambio en los últimos cuatro años ha ampliado las dificultades para esta estimación toda vez que se mezclan tres variables para este cálculo: el componente importado de la actividad, el tipo de cambio y los precios al consumidor interno.

Los medicamentos presentan mayores incrementos en precios con respecto al IPC de Salud. La tendencia alcista de los medicamentos alcanza sus máximos en el 2003, permaneciendo casi estacionaria los años siguientes¹⁷. Si bien los componentes de este rubro presentan una tendencia muy dispar, ellos crecen más que el IPC de Salud en su conjunto, salvo vitaminas y anticonceptivos cuyos precios tienden a decrecer en el periodo (Miranda 2007).

- **Índice de precios y canasta de salud**

Existe un índice de precios de bienes de salud en el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) como parte del Índice General de Precios al Consumidor (IPC). El gráfico siguiente da cuenta de la evolución de ambos indicadores en los últimos años lo cual es coincidente con lo que se había detectado para otros países, es decir, que los precios de los bienes y servicios de la salud aumentan más rápidamente que los precios generales de los bienes y servicios que demandan los hogares.

Gráfico 5



Fuente: INE en Miranda (2007)

El IPC Salud incorpora tres grupos de productos: servicios médicos, productos médicos, y cuidados personales cuyos componentes pueden revisarse en el Anexo III. Dentro de esta canasta de Salud las ponderaciones son: servicios médicos (40%), productos médicos (24%), y cuidados personales (36%).

El Instituto Nacional de Estadísticas (INE) organismo responsable de la elaboración de los índices de precios en Chile ha considerado que debían desarrollarse metodologías de ajustes de calidad (Métodos Hedónicos y otros) para algunos bienes con ponderación significativa y que sufren fuertemente el cambio tecnológico. Estos estudios, por cierto son relevantes para elaborar un buen índice de precios sectorial de Salud (Miranda 2007).

Por lo demás, como se puede observar en el anexo, este indicador requeriría de adecuaciones especiales para un seguimiento más depurado de los costos en salud pues, entre otros aspectos, la proporción de las cotizaciones voluntarias han aumentado significativamente en las Isapres en los

¹⁷ Lo que está relacionado con la apreciación de la moneda local a partir de esa fecha.

últimos tiempos (el pago de seguros de salud no aparece en el rubro salud). En todo caso, si se estableciese una canasta para ponderar los costos de la salud es probable que sea necesario revisar los bienes y servicios que la integrarían y las ponderaciones de los mismos.

- **Equidad horizontal en el uso de medicamentos**

La equidad horizontal “perfecta” se expresa si personas con igual necesidad de prestaciones sanitarias tienen tasas idénticas de utilización de dichas prestaciones. Por cierto, en el caso de los medicamentos no cubiertos por la seguridad social como sucede en Chile –exceptuando ciertos medicamentos ofrecidos por la atención primaria y actualmente por los que se encuentran en el Plan Auge-, se verifica mayor inequidad en tanto los grupos de menores ingresos se ven obligados a dispensar una proporción mayor de sus ingresos.

El cuadro 16 originado en la encuesta realizada por el Minsal en 2006 da cuenta de los gastos directos en que incurren los hogares para solventar sus gastos en salud; de él se desprende que, a causa de que la mayoría de los medicamentos no son cubiertos por la seguridad social (pública o privada), se plantea una regresividad en este gasto, es decir, los grupos de menores ingresos dedican a medicamentos una proporción mayor (57% en el primer quintil) de sus gastos en salud que los grupos de mayores ingresos (39%). Si se compara con la última encuesta nacional de presupuestos familiares que realizara el INE en 1997 en el decenio que abarcan ambas encuestas se verifica un aumento de la proporción de los gastos generales en salud con respecto al gasto total de los hogares de 6,4% a 9,6%, destacándose que los grupos de mayores ingresos son los que más aumentan esta proporción de alrededor de 6,5% a 13,5% de sus gastos totales; y, son precisamente los medicamentos los que más aumentan en el peso de la canasta de este grupo.

Cuadro 16

PARTICIPACION DEL GASTO EN SALUD EN EL GASTO TOTAL DE LOS HOGARES, SEGÚN QUINTIL 2006 (INCLUYENDO REEMBOLSOS DE SEGUROS COMPLEMENTARIO)						
	TOTAL	I	II	III	IV	V
Gastos en salud/ gastos totales	9,6	4,4%	7,6%	9,4%	11,3%	13,5%
Gastos en medicamentos/ gastos en salud		57,2%	50,4%	46,1%	43,8%	39,0%

Fuente: Minsal 2007.

El cuadro 16 requiere algunas precisiones para evitar confusiones: el ingreso de los hogares es sólo una parte del producto interno; y, no puede confundirse con el gasto nacional en salud. En todo caso, las cifras parece confirmar la hipótesis formulada en el capítulo III, a saber: los grupos de menores ingresos asisten especialmente a la consulta general gratuita (autoinhibición por ingresos para otras alternativas) lo que explicaría el menor peso del gasto en salud con respecto a los ingresos totales en estos estratos; no obstante, al no poder prescindir de pagar los medicamentos, o parte de ellos para completar el tratamiento, éstos influyen mucho más fuertemente en el gasto de los más pobres. En otras palabras, la protección social vertical en atención primaria y urgencias, así como la gratuidad en la atención hospitalaria a los carentes de recursos influye positivamente en la equidad en cuanto a gastos en salud.

En fin, lo que parece también representar un problema mayor son los copagos por consultas, exámenes y atención hospitalaria que, como se ha señalado, alcanzan a 35% en las Isapres. En el caso del Fonasa debe tomarse en cuenta que los copagos que se calculan para los prestadores privados, equivalentes al 20% para la categoría D, se refieren únicamente a los profesionales

calificados en N1, es decir, hay una mayoría de especialistas que son catalogados en el nivel 2 ó 3 y, por lo tanto, el copago puede alcanzar hasta el 50%. Por cierto, tal valoración puede compensarse con las prestaciones gratuitas que son entregadas por los prestadores públicos pero debe reconocerse que todas las estimaciones en este aspecto son preliminares.

b) Cobertura Financiera del Seguro Público

i) Cobertura general

Como se señaló en el acápite anterior, la atención primaria en los Servicios Públicos de Salud es gratuita. El copago que deben desembolsar los afiliados a Fonasa por atenciones hospitalarias o ambulatorias en la Modalidad de Atención Institucional (MAI), es decir, en los establecimientos públicos, depende del grupo de ingresos en el cual se encuentre clasificado el paciente (grupos B, C o D) según la normativa que expresa el cuadro siguiente:

Cuadro 17

COPAGOS DE LOS GRUPOS DE FONASA		
GRUPO	DESCRIPCIÓN	CUANTO PAGA
B	Ingreso Imponible Menor o Igual a un salario mínimo vital (SMV) ¹	Atención Gratuita
C	Ingreso Imponible Mensual Mayor a un SMV y Menor o Igual a 1,5 SMV. Si las Cargas son 3 o más se considerarán en el Grupo B	Paga el 10% de la Atención
D	Ingreso Imponible Mensual Mayor a 1,5 SMV. Si las Cargas son 3 o más se considerarán en el Grupo C	Paga el 20% de la Atención

Las personas en el tramo A, correspondiente a carentes de recursos, tienen atención gratuita. Cabe señalar que existe una garantía financiera adicional tal que los cotizantes con más de tres cargas familiares del grupo D o C son trasladados a los grupos C y B, respectivamente.

La excepción a estas reglas de copago la constituye el grupo 27 del arancel de la MAI (compuesto especialmente por atenciones odontológicas) en que los copagos son 30% para el grupo B; 50% para el grupo C; y, 80% para el grupo D.

ii) Protección financiera normal y adicional en el Plan Auge

Respecto a las prestaciones generales del seguro público, en términos de cobertura financiera, el copago (o contribución) que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones se ubica en el 20% del valor determinado por el arancel de referencia. Los beneficiarios pertenecientes al tramo A y B tienen atención gratuita para este tipo de prestaciones. Esta reglas rigen para los afiliados al seguro público y es potestad de Fonasa cambiar estas reglas con un tope de 50% de copagos. Los convenios de los seguros privados varían enormemente según prestaciones, pero la Superintendencia de Salud anunció que el promedio de los copagos en el sistema Isapres había alcanzado a 35% del valor total de la prestación (los cálculos para años precedentes eran de 32%)¹⁸.

La ley 19.966 de 2004 que establece el marco de las Garantías Explícitas en Salud, conocida como AUGE, en su artículo 4º establece que la "Garantía Explícita de Protección Financiera: [es] La contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá

¹⁸ Superintendente de Salud; Conferencia de prensa el 10 de noviembre de 2005. Esto se debe esencialmente a que las cuatro principales Isapres decidieron suspender las prestaciones con 100% de cobertura y sólo cubrir hasta el 90% de sus costos, lo cual ha llegado hasta los Tribunales competentes por impedir la competencia.

ser de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen". Este arancel es calculado por Fonasa y revisado periódicamente.

No obstante, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones, respecto de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469. Además, la ley señala que "Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud o las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.

Sin embargo, uno de los factores más importantes para asegurar protección financiera quedó plasmado en la ley mediante el artículo 5° que hace referencia a la Cobertura Financiera Adicional "Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4° de esta ley, los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional o al Fondo Nacional de Salud tendrán derecho a una cobertura financiera adicional de cargo de dichos organismos, según corresponda...".

El artículo 6° de la citada Ley indica que "Se entenderá por cobertura financiera adicional el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud de que trata esta ley, que superen el deducible" que es "la suma de los copagos que habrán de ser acumulados por cada evento para tener derecho a la cobertura financiera adicional".

Específicamente el deducible "equivaldrá a 29 cotizaciones mensuales legales o pactadas" [esto es para incluir los adicionales voluntarios en el caso de las Isapres]...por cada evento asociado a las Garantías Explícitas en Salud que le ocurra a él o a los beneficiarios que de él dependan; en estos casos, dicho deducible no excederá de 122 unidades de fomento¹⁹. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, el deducible equivaldrá a 21 cotizaciones mensuales por evento".

En caso de existir más de un evento en un período de doce meses contados desde que se devenga el primer copago del primer evento, el deducible para el conjunto de los eventos, para los afiliados a las Instituciones de Salud Previsional y para aquellos pertenecientes al Grupo D de la ley N° 18.469, será de 43 cotizaciones mensuales, legales o pactadas, según corresponda; en estos casos, dicho deducible no excederá de 181 unidades de fomento. En el caso de los afiliados pertenecientes al Grupo C de la referida ley, dicho deducible será de 31 cotizaciones mensuales.

A modo de referencia, para personas con ingresos estables y permanentes durante un año en el Grupo D el tope de pago se aproximará a 25% del ingreso mensual distribuido anualmente y, para los del grupo C, correspondería al 18% del ingreso mensual distribuido anualmente. Cabe recordar que los criterios habituales sugeridos por la OMS es que ninguna enfermedad implique gastos que superen el 40% de los ingresos para evitar una catástrofe económica en los hogares. Asimismo, una limitación similar beneficia a los trabajadores independientes afiliados a los seguros de salud.

Además, los beneficiarios del Programa de Atención Reparatoria Integral en Salud (PRAIS) destinado a los detenidos y víctimas de la represión entre 1973 y 1990 y sus familias

¹⁹ La Unidad de Fomento es una medida monetaria reajutable todos los meses, fundamentalmente, según el IPC del mes anterior.

(aproximadamente 160.000 hasta el 200520) acceden automáticamente al grupo A de Fonasa y, por lo tanto, también tienen un copago igual a cero para cualquiera de los problemas de salud garantizados (AUGE).

c) Programas Especiales del Fonasa y su Cobertura Financiera

i) El Seguro Catastrófico

Este Programa cubre la atención de enfermedades complejas y de alto costo tales como cáncer, cardiopatías complejas, derrames y tumores cerebrales. El tratamiento de estas enfermedades tienen una bonificación (conocida también como contribución estatal o del seguro público) del 100% para los pacientes que se atiendan por la Modalidad de Atención Institucional, en los hospitales públicos acreditados para tales efectos. En el transcurso de 1999 a 2004 se acogieron a este beneficio alrededor de 200.000 personas. Se estima (Urriola 2005) que cerca de 350 millones de dólares han sido destinados a paliar los impactos monetarios de estas enfermedades. Estos costos, difícilmente, podrían haber sido asumidos de manera individual por los pacientes.

Cuadro 18

CHILE:						
SEGURO CATASTRÓFICO EN FONASA						
ÁREAS	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Cardiología (*)	2.730	2.933	3.377	4.267	7.745	9.710
Neurocirugía	1.787	1.952	2.257	3.355	6.052	10.210
Trasplante Renal (*)	233	248	218	225	221	236
Trasplante Hepático	24	27	27	26	26	36
Peritoneo Diálisis (*)	45	55	61	64	72	91
Radioterapia (**)	4.492	4.499	4.758	5.096	4.568	7.848
Pnda (**)	104	82	103	956	944	1.172
Droga Inmunosupresora (*)	1.281	1.418	1.639	1.793	2.111	2.145
Escoliosis (*)	251	205	212	263	277	425
Fisurados (*)	428	595	740	941	1.008	1.427
Gran Quemado (***)	196	271	218	218	212	221
Politraumatizado (***)	88	87	86	82	52	68
Cuidados Paliativos (*)	4.065	5.662	5.772	6.583	11.428	12.898
Hemodiálisis (*)	63	802	823	1.229	1.779	2.549
Trasplante de Medula (*)	4	11	15	18	18	20
Quimio C.A. Mamas (*)	193	518	756	1.169	1.546	1.830
Sida (*)	0	0	1.657	3.308	4.038	5.700
Quimio Cáncer Cervicouterino (*)	0	0	0	626	469	602
Vitrectomía (**)	0	0	0	740	818	858
Fibrosis Quística	0	0	0	225	280	292
Tratamiento Quir. Preinvasor e Invasor Cáncer Cuello Uterino (*)	0	0	0	0	7.902	8.104
TOTAL	15.984	19.365	22.719	31.184	51.566	66.442

(*) En 2005 está en AUGE

(**) En 2005, en parte en AUGE y otra parte en este seguro

(***) en AUGE desde 2007

Fuente Departamento de Comercialización. Fonasa

²⁰Muchos de entre ellos están cubiertos de todos modos por el seguro en tanto trabajadores o pensionados.

Como puede observarse, el Plan AUGE ha transformado proyectos pilotos en prestaciones con garantías explícitas y universales, incluyendo la protección financiera. Pero, a la vez, se van incorporando otras prestaciones al programa.

ii) Programa Adulto Mayor

Este Programa está orientado a mejorar las funcionalidades de los adultos mayores, aumentando la cobertura en aquellas patologías que afectan con mayor frecuencia a este segmento poblacional, mejorando así su calidad de vida. El programa ha sido implementado en la Modalidad de Atención Institucional para mayores de 65 años y en la de Libre Elección para mayores de 55 años.

Para acceder a la MAI, con gratuidad total los beneficiarios deben dirigirse a los establecimientos públicos de salud (hospitales, postas o consultorios de atención primaria) y tener más de 65 años de edad. Entre los beneficios que se otorgan se destacan, entre otros:

- Entrega de órtesis y prótesis.
- Bonificación de 100% para atenciones de salud de alto costo.
- Atención oportuna para cirugías programadas con anticipación.

Para acceder a la MLE, los adultos mayores de 55 años deberán atenderse a través de los profesionales o establecimientos de salud en convenio con Fonasa (hospitales privados, clínicas y profesionales de salud inscritos). Entre los beneficios especiales que pueden obtener los afiliados de Fonasa, aún atendándose con prestadores privados se destacan, entre otros:

- Bonificación de lentes ópticos y audífonos (100%).
- Atención integral de enfermería en domicilio (50% de cobertura).
- Atención integral de enfermería en centros del adulto mayor (50% de cobertura).

iii) Programa Oportunidad en la Atención

Este Programa se inició en 1997 y empezó cubriendo ocho patologías con resolución quirúrgica. Surge con el propósito de reducir las listas de espera, específicamente en la atención hospitalaria²¹, es decir, creando incentivos para que los prestadores privados suplan las deficiencias de oferta en el sector público a precios de referencia adecuados en relación a los costos medios estimados en el sector público. El aporte de esta modalidad es que se comparten riesgos entre proveedor y asegurador y que los beneficiarios mantienen un copago conocido previamente e inferior al que, en realidad, hubiesen pagado si tomaran prestaciones privadas fuera de convenio.

El Programa Asociado a Diagnóstico (PAD) que genera los “paquetes” para mejorar la Oportunidad en la Atención se creó con el objeto de incentivar la eficacia en la atención médica y promover la eficiencia en la administración de los recursos destinados a la atención del paciente. De este modo, se establece un esquema de retribución financiera o premio a la eficiencia para el prestador, toda vez que el costo de la resolución de la patología sea, en promedio, inferior al precio definido en el PAD.

Al hacer uso de este nuevo mecanismo de pago, FONASA cobra exactamente al beneficiario el copago correspondiente a la atención otorgada y paga al prestador solamente un monto igual al valor de la atención definido por el PAD. De esta manera, el prestador verá reducidos los trámites administrativos relativos a efectuar cobros, por concepto de diferencias no bonificadas por FONASA y, a su vez, los pacientes evitan las listas de espera por insuficiencia de oferta en el sector público, aunque pagando una proporción mayor que en la atención institucional. La política del

²¹ Hay otras soluciones que se han buscado para reducir las filas o listas de espera en la Atención Primaria.

seguro público, en todo caso ha consistido en desarrollar una función de complementariedad entre prestadores públicos y privados con respecto a las demandas de los asegurados por el Fonasa que no pueden ser atendidas por los establecimientos públicos (Erazo 2005).

Recíprocamente, los establecimientos públicos podrían paulatinamente atender a personas avaladas por los seguros privados en modalidades que deben precisarse y, bajo la norma de preferencia a las demandas ejercidas por los propios afiliados al seguro público²².

Por otra parte, con el propósito de aumentar la protección financiera, el Fonasa ha ido aumentando la bonificación a ciertas prestaciones, en particular la del parto que pasó de 60% a 75% en 2004. Adicionalmente, en la medida en que ciertas prestaciones (o grupos de ellas) son incluidas en el AUGE, automáticamente se reduce el copago lo cual es un beneficio indudable para los usuarios.

El Programa PAD incluyó las siguientes intervenciones quirúrgicas con las bonificaciones respectivas, las que se encuentran (y actualizan) en la página www.fonasa.cl.

- Parto (bonificación 75%)
- Colelitiasis (vesícula) (40%)
- Criptorquidia (40%)
- Hernia Abdominal (infantil y adulto) (60% y 40%, según sea calificada como simple o complicada)
- Hiperplasia de la Próstata (40%)
- Prolapso Uterino (40%)
- Cáncer Preinvasor de Cuello Uterino (Tratamiento ambulatorio) *
- Cáncer Invasor de Cuello Uterino (Tratamiento quirúrgico radical y seguimiento)*
- Cáncer de Mamas *

Las intervenciones marcadas con (*) han sido incorporadas al AUGE por lo que, la bonificación por Ley debe ampliarse a 100%, 90% ó 80%, según el grupo de pertenencia del asegurado, independientemente del prestador al que sea derivado.

iv) Modalidad Libre Elección²³

Los beneficiarios del seguro social público que acceden a la atención a través de la libre elección (se excluye al grupo A del Fonasa), pueden atenderse en establecimientos privados, pensionados de hospitales públicos y en las consultas de profesionales que hayan suscrito convenio con Fonasa. Esta modalidad tiene por objeto permitir las opciones de elección de un profesional a los usuarios y reducir las listas de espera en la atención institucional, especialmente en las áreas de especialidades.

En cuanto a protección financiera, la bonificación o porcentaje del valor de una prestación de salud es financiado por Fonasa. En consecuencia, el copago (de cargo del beneficiario) es igual a la diferencia entre el valor total de una prestación menos la bonificación.

Si bien la regla general establecía que el porcentaje de la bonificación es 50%, en la mayoría de las prestaciones el seguro público tiene topes de 20% o menos²⁴. Si el beneficiario utiliza la Modalidad

²² El Director Ejecutivo de la Asociación de Isapres, Rafael Caviedes, manifestó “Nos parece muy positivo el llamado que hizo el Presidente Lagos a los hospitales [públicos] para que realmente se haga efectiva la integración público privada, mediante la venta de los servicios a aseguradoras privadas” (Estrategia 29.12.05). Ciertamente, que esta es una expresión clara del acortamiento de brechas de calidad entre la oferta pública y privada de salud en Chile.

²³ Dada la importancia de la Modalidad de Libre Elección (poco más de 500 millones de dólares anuales en este rubro) el Fonasa ha iniciado un proceso de evaluación de esta modalidad, así como de otros mecanismos de pago, a fin de asegurar eficiencia y equidad en este aspecto.

de Libre Elección, el valor de la atención dependerá del nivel de inscripción del profesional o institución de salud en convenio con Fonasa, que puede ser 1, 2 ó 3, donde el nivel 1 (N1) es el más barato y el nivel 3 el más caro²⁵.

Bonificación Valor N1 = Valor N1 * % Bonificación

La bonificación para el N2 y N3 es la misma que para el nivel 1. En consecuencia, el copago se determina de la siguiente manera:

Copago N1= Valor N1 - Monto Bonificación

Copago N2= Valor N2 - Monto Bonificación

Copago N3= Valor N3 - Monto Bonificación

Las excepciones a la Regla del copago de 20% se encuentran en el arancel de prestaciones elaborado por Fonasa. Estas, esencialmente, corresponden a consultas de especialidades que son bonificadas sólo en 60%; tratamientos PAD con bonificaciones, generalmente de 40% (ver supra); algunas complicaciones del parto con bonificaciones de 75%. En el anexo 2 se incluye el listado codificado completo de estas excepciones. No obstante, es también una excepción el hecho de que la mayoría de los prestadores -por ejemplo, en el área de consultas de especialidades- están inscritos en los niveles con menor cobertura lo que reduce la protección social al aumentar los copagos o gastos de bolsillo.

v) Programa de Préstamos Médicos

Desde 1985, el Fonasa tiene la opción de conceder préstamos médicos a sus beneficiarios para solventar enfermedades de alto costo. Con el fin de hacer más operativo el mecanismo de su otorgamiento y ampliar la cobertura se estableció (decreto supremo N° 46, de 2006, del Ministerio de Salud) que "También procederá el otorgamiento de préstamos para el financiamiento de todo o una parte del copago de las prestaciones o grupo de prestaciones que gocen de garantía explícita dentro de los problemas de salud que se definan conforme a la ley 19.966."

Si bien, en estos casos se exige uno o dos codeudores solidarios también queda estipulado que el Fonasa podrá otorgar préstamos, sin exigencia de codeudores solidarios, cuando estén destinados a financiar atenciones de urgencia o emergencias.

Los préstamos médicos han sido una modalidad decisiva para el financiamiento de enfermedades letales y que, de ninguna manera, habrían podido ser financiadas por los pacientes como en el caso de las diálisis. En efecto, estos préstamos no sólo cubrían prestaciones en el sistema público sino también en la Modalidad de Libre Elección financiando parte o la totalidad no bonificada de las prestaciones de salud, de acuerdo al siguiente detalle:

- Pago Asociado a Emergencia.
- Atención Hospitalizada.
- Diálisis (hemodiálisis y peritoneodiálisis).
- Radioterapia.
- Tratamientos psiquiátricos.
- Adquisición de órtesis y prótesis.

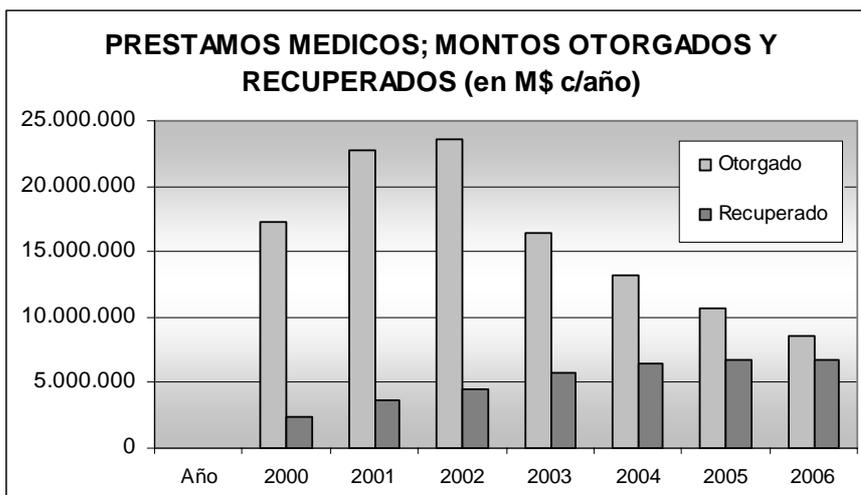
²⁴ En 1996 se benefició a más de 3 millones de usuarios en el país con la rebaja de los porcentajes de los copagos de la modalidad institucional de Fonasa a los beneficiarios de los grupos C y D, de un 25 y 50 por ciento a un 10 y 20 por ciento, respectivamente.

²⁵ La inscripción según nivel no tiene ningún requisito impuesto por el seguro público y obedece, más bien, a criterios de oferta y demanda definidos exclusivamente por los prestadores.

Desde 1995 se incorpora una bonificación para la entrega de lentes y audífonos en la modalidad de libre elección.

El monto de préstamos médicos aumentó entre la fecha de su implementación y el año 2002 llegando a su valor máximo de \$23.840 millones. Posterior a esa fecha, se redujo debido al aumento en la bonificación de las prestaciones asociadas a hemodiálisis que llegaron a ocupar el 70% del total de esta partida presupuestaria. En el año 2006 el monto prestado ascendió a \$8.202 millones puesto que las diálisis fueron asumidas completamente en el Programa AUGE.

Gráfico 6



Fuente: Balance Devengado de Fonasa

Nota: Se hace énfasis en la Fuente (Balance Devengado FNS) dado que la entidad que lleva Préstamos Médicos (Recaudación y Fiscalización de Cotizaciones) tiene pequeñas diferencias, tratándose de ingresos y gastos.

CAPITULO V

Protección Social

CONCLUSIONES Y PRINCIPALES DESAFIOS



Chile - 2007

CONCLUSIONES Y PRINCIPALES DESAFIOS

a) Conclusiones

- 1) Los derechos sociales –entre los que se encuentra el derecho a la salud o a la protección de la salud- llamados “de segunda generación” corresponden a demandas formuladas para la corrección de inequidades y carencias que se hicieron manifiestas con el surgimiento de los sistemas republicanos, combinados con la “cuestión social” posterior a la Revolución Industrial y que se institucionalizan con mayor fuerza en Europa desde fines del siglo XIX con la propuesta bismarckiana en Alemania y, posteriormente, con el triunfo del bolchevismo en Rusia. En nuestra Región las reformas llegan con retraso pero, los sistemas públicos de salud se consolidan desde la mitad del Siglo XX.
- 2) Frente a las crisis de cobertura de la seguridad social (déficit de protección social) han surgido varios enfoques, entre ellos dos principales: el uno, conduce a anteponer las políticas focalizadas a las universales; y, en el plano del aseguramiento, la de desestimar la eficacia de los mecanismos basados en la solidaridad y hacer hincapié, en cambio, en la responsabilidad individual para asegurarse contra los riesgos.

El otro enfoque, estima que la acción pública regulatoria, el aseguramiento público, o el aseguramiento social con aseguradores privados pero con mecanismos de financiamiento obligatorio y regulaciones que garanticen la inclusión social, permiten enfrentar la selección del riesgo e incrementar la eficiencia de estos mercados, al propiciar la estabilidad del aseguramiento.

En entornos económicos caracterizados por más incertidumbre y volatilidad, lo que se traduce en mayores riesgos sociales, las reformas a la seguridad social deben conciliar las funciones de aseguramiento y ahorro con las de redistribución y solidaridad. En el caso del sector salud, la seguridad social pasa a ser una forma eficiente de organizar el financiamiento. Para superar la actual segmentación entre diferentes subsistemas de protección social en materia de salud, es necesario independizar la pertenencia al seguro de la forma de inserción laboral. Esto es, la seguridad social debe cobijar a trabajadores dependientes e independientes y a la población sin capacidad de contribución.

- 3) En este documento se concluye que el concepto de protección social se especifica a través de tres dimensiones: la de la cobertura horizontal (la proporción de la población que tiene cobertura de la seguridad social en salud); la de la cobertura vertical (a qué prestaciones tienen derecho efectivo y garantizado tales afiliados); y, la de la protección financiera (en qué medida los gastos totales o complementarios de salud no lesionan significativamente los ingresos permanentes de las personas o de los hogares).
- 4) El fenómeno detonante para restringir la eficacia de un sistema de protección social basado sólo en cotizaciones obligatorias del trabajador dependiente es el continuo aumento del trabajo por cuenta propia, el “outsourcing” como estrategia de las grandes empresas y el aumento del trabajo a tiempo parcial o temporal. En suma, la precarización de los empleos en el marco de la globalización atenta contra la universalidad en la protección social lo que exige una participación directa del Estado para financiar la salud de la población.

- 5) Chile ha desarrollado un sistema de seguros de salud mixto (público-privado) que cubre en 2005 a 88% de la población (68,6% en el seguro público optativo, es decir, FONASA; 16,8% en las aseguradoras privadas (ISAPRE) y 2,6% en los seguros públicos de salud de las Fuerzas Armadas.

Para reducir la exclusión de segmentos de la población en Chile se ha legislado a favor de los grupos desprotegidos (trabajadores dependientes con contrato temporal por obra o faena o por turnos jornadas diarias; cesantes). De otra parte, en la calidad de beneficiarios no cotizantes de FONASA se extiende la cobertura a: Personas carentes de recursos (indigentes); cargas familiares de los cotizantes; Beneficiarios de Pensiones Asistenciales de invalidez y ancianidad (PASIS); Personas con deficiencia mental; mujeres embarazadas; Causantes del Subsidio Único Familiar (SUF). Esto constituye un aspecto importante de las políticas de ampliación de la cobertura horizontal del seguro público de salud en Chile.

- 6) Los resultados sanitarios básicos de salud de Chile son reconocidos internacionalmente y provienen de cambios institucionales empezados a mediados del siglo pasado, pero que se han intensificado en los últimos decenios. Sin embargo, prácticamente todos los problemas de salud más acuciantes en la actualidad tienen un comportamiento desigual, afectando preferentemente a los más pobres, a los que tienen menos años de escolaridad y a los de mayor edad. La Encuesta Nacional de Salud (2003) permitió verificar que los problemas sanitarios en el país están desigualmente repartidos siendo notoria la prevalencia entre los más pobres que son los de menor educación. Esto reflejaría que es necesario intensificar las políticas para reducir las inequidades en la administración de la asistencia sanitaria y desigual protección social según estratos.
- 8) Los chilenos tienen una amplia cobertura asegurada en la atención primaria de salud constituida por cinco Programas: del niño, del adolescente, de la mujer, del adulto, del adulto mayor y del ambiente. No obstante, hay un 20% de personas inscritas en la Atención Primaria de Salud Municipalizada que concurren a prestadores privados, no usando sus derechos a gratuidad en el sector público para prestaciones homologables. Si se considera, además, que el promedio de los copagos que asume el paciente es de 62% del costo de este tipo de prestaciones, sólo puede explicarse su uso por ausencia de oportunidad y/o calidad en la oferta pública para ese 20% que opta por modalidades privadas.
- 9) El establecimiento de garantías explícitas de oportunidad para 56 problemas de salud incluidos en el Plan AUGE que entra en plena vigencia a partir de julio de 2007 coloca nuevas exigencias a los prestadores públicos y privados, los cuales están sometidos a plazos perentorios, definidos de acuerdo a criterios sanitarios, para otorgar al paciente las prestaciones mínimas (el indicador implícito de calidad actualmente vigente) que permiten obtener resultados. La Reforma de Salud tiene por desafío eliminar las listas de espera en los problemas garantizados, más allá de plazos perfectamente conocidos por la población y que aparecen estipulados en documentos legales de público acceso.

Es un avance en cuanto a protección social que los sistemas de salud incorporen problemas o patologías con cobertura universal garantizada, según criterios que apunten a mejorar la situación de salud de las personas o su bienestar general, aún si los procedimientos para establecer metodologías consensuadas es complejo. En consecuencia, la inclusión gradual de los 56 problemas AUGE es un paso importante hacia la universalidad en la atención en salud que podrá ampliarse y profundizarse en el futuro.

- 10) Para el financiamiento de la salud en Chile existen tres fuentes principales: aportes fiscales (32,1% en 2004), cotizaciones obligatorias a la seguridad social (37,5%) y gastos de bolsillo (30,4%), incluyendo seguros privados. No hay una distribución virtuosa única. En todo caso, será necesario estudiar si en Chile los gastos de bolsillo cumplen con condiciones básicas de protección social: a) que la distribución de los costos de la atención sanitaria no aumente la desigualdad de los ingresos; b) que las familias no gasten en tales atenciones más que un porcentaje determinado de sus ingresos (40% es el guarismo de uso común en OPS); c) que los costos de la atención sanitaria no lleven a las familias a la pobreza o a aumentarla; y, d) que no se exacerbén diferenciaciones en los estados de salud de los grupos sociales como consecuencia de insuficiencia de ingresos para asumir la atención sanitaria financiada con los gastos de bolsillo.
- 11) Se podría suponer que el indicador de eficacia global de los gastos en salud sea la esperanza de vida. Sin embargo los Estados Unidos, pese a gastar cerca del 15% del PIB en salud la esperanza de vida alcanza a 77 años. En cambio, Chile, con un gasto en salud de alrededor de 320 dólares corrientes per cápita, menos del 10% de lo que se gasta en EE. UU. tiene también 77 años como esperanza de vida promedio. Pareciera entonces, que el nivel y cuantía de gastos en salud no está correlacionado con los resultados sanitarios lo que exige incluir otros indicadores para su evaluación.
- 12) El gasto en medicamentos constituye el 17% de los gastos totales en salud en Chile de los cuales tres cuartas partes son financiados con gastos de bolsillo porque los seguros no cubren este rubro. Se verifica también que, al igual que en otros países, los precios de los bienes y servicios de la salud aumentan más rápidamente que los precios de los demás bienes y servicios que demandan los hogares. Empero, este indicador requeriría de adecuaciones especiales para un seguimiento más depurado de los costos en salud.

A causa de que la mayoría de los medicamentos no son cubiertos por la seguridad social (pública o privada), se plantea una regresividad en este gasto, es decir, los grupos de menores ingresos dedican a medicamentos una proporción mayor (57% en el primer quintil) de sus gastos en salud que los grupos de mayores ingresos (39% en el quinto quintil).

- 13) El seguro público chileno otorga cobertura financiera según tramos de ingreso del cotizante o beneficiario. Las personas en el tramo A, correspondiente a carentes de recursos, tienen acceso gratuito. Las del Tramo B (ingresos inferiores al mínimo vital) tienen también copago cero; las del tramo C (al menos ingresos iguales a un mínimo vital pero inferior a 1,5 veces este valor) tienen un copago de 10%; las del tramo D (ingresos superiores al anterior) copagan 20%. Cabe señalar que existe una garantía financiera adicional tal que los cotizantes con más de tres cargas familiares del grupo D o C son trasladados a los grupos C y B, respectivamente.

La excepción a estas reglas de copago la constituye el grupo 27 del arancel de la MAI (compuesto especialmente por atenciones odontológicas) en que los copagos son 30% para el grupo B; 50% para el grupo C; y, 80% para el grupo D. Pero tampoco se cubre según la regla general, gran parte de las atenciones de consulta de especialidades.

Por su parte, las aseguradoras privadas, en promedio global, tienen copagos de 35% del valor total de las prestaciones.

- 14) El Plan Auge establece protección financiera explícita. De una parte, la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, no podrá superar al 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen.

Un factor suplementario de protección social quedó plasmado en la ley mediante el artículo 5° que hace referencia a la Cobertura Financiera Adicional que estipula el financiamiento del 100% de los copagos originados sólo por enfermedades o condiciones de salud contenidas en las Garantías Explícitas en Salud que superen el deducible. Esto es que anualmente no podrá pagarse más allá de alrededor del 25% de los ingresos.

- 15) Además, existen con anterioridad al AUGE, programas especiales del Fonasa con cobertura financiera especial como El Seguro Catastrófico que cubre el 100% de la atención de enfermedades complejas y de alto costo tales como cáncer, cardiopatías complejas, derrames y tumores cerebrales (en el transcurso de 1999 a 2004 se acogieron a este beneficio alrededor de 200.000 personas); el Programa Adulto Mayor orientado a mejorar las funcionalidades de los Adultos Mayores, aumentando la cobertura financiera en aquellas patologías que afectan a este segmento con mayor frecuencia, y con órtesis y prótesis que mejoran su calidad de vida; el Programa de Oportunidad en la Atención, desde 1996, estimula la oferta pública y desarrolla la complementariedad con el sector privado reduciendo las listas de espera y fijando bonificaciones adicionales para prestaciones, generalmente quirúrgicas; el Programa de Préstamos Médicos que ha permitido que grupos de bajos ingresos puedan solventar necesidades de salud. Todas estas iniciativas que profundizan la cobertura vertical de la protección social, incluyendo al Plan AUGE, se han desarrollado principalmente desde la década de los años noventa.

b) Agenda de futuro

Chile está desarrollando un intenso proceso de reforma que ha sido descrito en sus aspectos de protección social en este texto. Ya han surgido nuevos Objetivos Sanitarios producto de estudios realizados recientemente (Encuesta Nacional de Salud de 2003) que podrían modificar o complementar las metas nacionales en salud que se deben alcanzar hasta el año 2010. De las conclusiones anteriores y del debate actual entre especialistas sectoriales parecería adecuado esbozar cuatro temas que conllevan los desafíos sectoriales principales:

- a) el envejecimiento progresivo de la población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica;
- b) las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traduce en una brecha sanitaria entre los grupos de población de distinto nivel socioeconómico;
- c) las expectativas legítimas de la población con respecto al sistema de salud, que desea mayor protección y calidad pese a que hay mejoras en cuanto a la satisfacción de los servicios a que acceden; y, finalmente
- d) resolver los problemas pendientes y mantener los logros sanitarios alcanzados.

Todos estos factores involucran cambios o perfeccionamientos en la provisión de servicios sanitarios, tanto en la composición de dichos servicios, como en las formas de entregarlos, adecuándolos a los requerimientos tecnológicos y sanitarios, así como a las demandas de los usuarios, cada vez más conscientes y exigentes de sus derechos.

Esto implica, en consecuencia, tres grandes módulos o áreas de reflexión que resultan cruciales para asegurar la protección social en el futuro:

1.- Los desafíos de la globalización, la transición demográfica y la transición epidemiológica.

A nivel mundial y en la región latinoamericana, incluyendo Chile, se han producido procesos de transición demográfica, caracterizados por descensos importantes de la fecundidad y de la mortalidad y, aumento de la esperanza de vida. A esto se suman grandes cambios en otros ámbitos como el desarrollo tecnológico, la globalización de las comunicaciones y el comercio; cambios ambientales, acceso de las personas a todos los puntos del planeta modificando los ecosistemas y tomando contacto con patógenos para él desconocidos; cambios en los estilos de vida, etc. Todo esto conlleva una situación epidemiológica distinta a la de años atrás: aumento de las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares; aparición de enfermedades nuevas y otras que se creían controladas.

Enfrentar esta nueva situación requiere de un enfoque multisectorial, donde participen áreas como educación, vivienda, obras públicas, transporte, finanzas y otros actores sociales. Además, es necesario identificar los factores determinantes de enfermedades más relevantes desde el punto de vista de cantidad y calidad de vida (tabaco, obesidad, sedentarismo, conducta sexual segura). Asimismo, es necesario actualizar de manera permanente las patologías que generan la mayor carga de enfermedad y las intervenciones que puedan ser exhibidas como exitosas, es decir, que cuenten con medidas de efectividad probada.

El énfasis fundamental de esta reflexión es obtener conclusiones y lineamientos que consideren, simultánea y coordinadamente, la transición epidemiológica y la demográfica con los cambios en la organización social, política y laboral que provoca la globalización en una perspectiva transectorial. Es evidente que los cambios y dinámicas socioeconómicas influyen en transformaciones en el mapa epidemiológico local cambiando las patologías de mayor prevalencia. Pero también los hábitos y transformaciones en los patrones culturales tienen impactos sanitarios.

Además de afinar las metodologías de análisis y seguimiento de los desafíos sanitarios, es necesario definir patrones y arreglos institucionales que se adapten a un proceso dinámico y participativo, incorporando periódicamente los cambios en el estado de la salud, los avances en el conocimiento y los resultados en la evaluación.

2.- El desafío para disminuir las desigualdades en salud: aumentar la protección social

Este ámbito debe abordar lo relacionado con la equidad y justicia financiera, las fuentes de financiamiento y la estructura institucional de prestadores en el marco de economías con restricciones fiscales.

En cuanto a la justicia financiera, se trata de examinar los arreglos institucionales que aseguren que todas las personas tengan acceso a la atención de salud y que la situación económica de las familias no sea un obstáculo, o se vea menoscabada por el impacto de las prestaciones de alto costo. Esto tiene también relación con las fuentes de financiamiento y la combinación en la distribución de riesgos así como en la asociación público-privada para maximizar la atención sanitaria mediante la maximización de la eficiencia en la función de compra. Por cierto, esto implica un debate sobre la institucionalidad vigente y las perspectivas de la población acerca del papel del Estado en la salud.

En cuanto a fuentes de financiamiento de la salud el debate se ha puesto crítico porque los sistemas no solidarios con prioridad individual en la cobertura arriesgan las capacidades nacionales para atender los problemas de salud y, de otra parte, el financiamiento con presupuesto fiscal enfrenta a las ideas que prefieren restringir el papel del Estado en general.

Asimismo, no será posible resolver los problemas de salud de la población con sistemas fragmentados en que las externalidades negativas se incrementen.

3.- El desafío de proveer servicios de calidad y acordes con las expectativas de la población o el aumento de la protección social vertical de salud.

Esta área debe sistematizar los temas relacionados con la satisfacción de las expectativas legítimas de la población, particularmente la calidad de la atención de salud y la extensión de la cobertura real de patologías que se postergan en su atención, generalmente por falta de recursos.

Las expectativas de la población se refieren a los componentes médicos (percepción de calidad) y no médicos de la atención que, por su parte, incluyen aspectos relacionados con los derechos de los pacientes (respeto a la dignidad, la autonomía y la confidencialidad), así como la orientación al usuario (la pronta atención, las comodidades básicas, la posibilidad de contacto con familiares cercanos durante el proceso de atención y la capacidad de elección).

La calidad de la atención aborda los temas relacionados con la aplicación de la técnica y tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. También incluye la institucionalidad que protege a los usuarios en tanto consumidores lo que puede recaer en Superintendencias o en Asociaciones de consumidores o usuarios.

Por cierto, la percepción del usuario está directamente relacionada con las capacidades de los sistemas de salud para cubrir las necesidades que ellos expresan y, en este sentido, de la ampliación de la cobertura real de esta demanda. En resumen, todos estos debates deben conducir a la selección y ordenamiento de prioridades tecno-políticas en salud.

Finalmente, todo el proceso que se insta a recorrer con un norte solidario y equitativo en los sistemas de salud no podrá llegar a puerto seguro sin contar con el apoyo y la participación ciudadana que debiera incluir:

- a) Promover espacios de discusión, acuerdo y generación de alianzas para la formulación de políticas de protección social en salud entre instituciones del estado y de la sociedad civil;
- b) Diseminar información y realizar acciones de abogacía en torno a la situación de salud y de exclusión social en salud a nivel nacional, subnacional y local;
- c) Difundir conceptos e información relativos a la protección social de salud y seguridad social a miembros del poder legislativo y representantes de la sociedad civil organizada;
- d) Incorporar las diversas visiones acerca de la salud al diálogo político nacional, en especial en aquellos países con un componente interétnico importante....." (OPS- ASDI 2007).

En resumen, todos estos debates deben conducir a la selección y ordenamiento de prioridades tecno-políticas en salud.

BIBLIOGRAFÍA

Administradora de Fondos de Cesantía. Estadísticas Seguro de Cesantía. AFC, Santiago. Actualizado a noviembre de 2005.

Arrow K. Insurance, risk and resource allocation, en G. Dionne y S.E. Harrington (comps.), Foundations of Insurance Economics. Readings in Economics and Finance, Boston, Kluwer Academic Publishers. 2000 (citado por A. Rojo, 2003)

Arteaga, O. et al. Information for health equity in Chile. Rev Panam Salud Publica, May/June 2002, vol.11, no.5, p.374-385. ISSN 1020-4989.

Artigas. C. Una mirada a la protección social desde los derechos humanos y otros contextos internacionales. CEPAL, Serie Políticas Sociales, Santiago. 2005.

Banco Central de Chile. Indicadores económicos y sociales de Chile 1960-2000. BCCH, Santiago. 2001.

Bertranou F. Ampliando la protección: El papel de las pensiones mínimas y de la asistencia social. Pensiones no contributivas y asistenciales en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay. Oficina Internacional del Trabajo, Chile. 2002.

Castro, R., et. al (2006), "Changing Health Care Provider Incentives: The Chilean Case ", Harvard Health Policy Review Central Nacional de Abastecimiento. Cuenta Pública 2003. Cenabast, Santiago. 2004.

CEPAL. Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. CEPAL-AECI- Secretaría General Iberoamericana, Santiago. 2007.

CEPAL Panorama Social de América Latina. CEPAL, Santiago. 2005.

Cichon M. et.al. Modelling in health care finance: a compendium of quantitative techniques for health care financing. Geneva, International Labour Office. 1999.

Colegio Médico de Chile. Política nacional de medicamentos. Propuesta del Colegio Médico de Chile. Departamento de Estudio de Políticas de Salud, Departamento de Ética, Departamento Jurídico. Santiago. s/f.

Concha M., X. Aguilera y J. Salas. Carga de enfermedad en Chile. Minsal, Santiago. 1996.

Conseil de l'Europe. Guide méthodologique pour l'élaboration concertée des indicateurs de la cohésion sociale. Conseil de l'Europe , Bruxelles. 2005

Conseil de l'Europe. Stratégie de cohésion sociale du Conseil de l'Europe. Conseil de l'Europe, Bruxelles 2004.

Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda. Informe de Finanzas Públicas: Proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2006. Dipres-Ministerio de Hacienda, Chile. 2005.

Dror David M. and Alexander S. Preker. Social Reinsurance. A New Approach to Sustainable Community Health Financing (Editors). World Bank-International Labour Organisation. Washington. 2002.

Dror D. Reaseguro del seguro de enfermedad para el sector no estructurado. Boletín de la Organización Mundial de la Salud: De la política a la acción. N° 118. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. 2002.

Erazo A. Modernización del seguro público de salud. En Documento de Trabajo N° 1, Fonasa, Santiago. 2005.

Fonasa. Cuenta Pública 2004. Fonasa, Santiago. 2005.

FONASA. Boletín Estadístico. Fonasa, Santiago. Varios años.

Graham C. L'importance de l'opinion publique: Un cadre conceptuel de prise en compte de l'économie politique dans les politiques de filets de protection et d'aide sociale. Unité de Protection sociale, Réseau du Développement Humain. Banque Mondiale, Washington. Décembre 2002.

Hicks N. y Q. Wodon. Protección social para los pobres en América Latina. En Revista de la CEPAL N° 73. CEPAL, Santiago. Abril de 2001.

Holzmann, R. y S. Jorgensen. Social Protection as Social Risk Management: Conceptual Underpinnings for the Social Protection Sector Strategy Paper, SP Discussion Paper, N° 9904, Washington, D.C., Banco Mundial. 1999.

Ibern Pere, Vicente Ortún, Ricard Meneu, Ivan Planas. Sistema de pago de las urgencias. Universitat Pompeu Fabra. Centre de Recerca en Economia i Salut. (Borrador del informe para FONASA). Abril 2007.

Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta Nacional de Empleo septiembre-noviembre 2005. INE, Santiago. 2005. En www.ine.cl

Jiménez J: La Reforma sanitaria de Chile y los cuidados Terminales, ARS MEDICA N°11 (2005): pag.175-186. Santiago. 2005.

Lefort C. La invención democrática. Nueva Visión, Buenos Aires. 1990. Citado por Cristina Hurtado Solidaridad, desde el punto de vista político. Presentación Encuentro del Consejo Nacional de Solidaridad, Santiago. 2005.

Marcel M. Opciones de financiamiento público para la agenda de desarrollo. Presentación en www.dipres.cl. Noviembre 2004.

Matarasso, F. and Chell, J., Vital signs: mapping community arts in Belfast, Comedia, Stroud, Gloucestershire, 1998.

Ministerio de Hacienda - Dirección de Presupuesto. Estadísticas de la Finanzas Públicas 1995-2004. Ministerio de Hacienda, Santiago. Julio 2005.

Ministerio de Planificación. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2006. En www.mideplan.cl visitado el 19 de junio de 2007.

Ministerio de Planificación. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2003. Mideplan, División Social, Santiago. 2003.

Ministerio de Salud. Encuesta Satisfacción y gasto en salud. Subsecretaría de Salud Pública. Minsal, Santiago. 2007.

Ministerio de Salud. Indicadores básicos de salud. Minsal-DEIS, OPS, Santiago. 2004.

Ministerio de Salud (1). Comisión de Reforma. Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Comisión de Reforma, Minsal. Santiago. 2002.

Ministerio de Salud (2). Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas. Construcción de la propuesta técnica del año base. Tomos I y II. Minsal, Santiago. 2002.

Miranda X.- Estudio de mejoramiento índice de precios al consumidor del sector salud y viabilidad de un índice de precios del sector público de la salud. Taller Depto planeamiento institucional, Fonasa. (Documento interno). Fonasa 2007.

Montoya C. (ed). Medición y monitoreo de las desigualdades intercomunales en salud. Minsal, Santiago. 2006

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). OCDE in figures. Statistical on the members countries. 2005 Edition. OCDE. 2005.

Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Indicateurs sociaux: cadre et structure proposés, OECD, DEELSA/ELSA, octubre 1999.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS). Declaración de Salvador de Bahía, 25 de marzo de 2004. En www.oiss.org

Organización Mundial de la Salud. Contribution to Updating the WHO Guidelines for Developing National Drug Policies Report of the WHO Expert Committee on National Drug Policies, WHO, Genève. 2005.

Organización Mundial de la Salud. Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. OMS, Ginebra. Marzo 2004.

Organización Mundial de la Salud. Por una reglamentación farmacéutica eficaz como garantía de seguridad, eficacia y calidad. OMS, Ginebra. Noviembre de 2003.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. OMS, Ginebra. 2000.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín Epidemiológico, Vol. 25 No. 4, diciembre 2004. OPS, Washington. 2004.

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI) Diálogo Social - Como Herramienta para la Extensión de la Protección Social en Salud.- Serie Extensión de la Protección Social en Salud, N° 3, 2007.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud. Programa de organización y gestión de servicios de salud. OPS/OMS, Washington D.C. 2001.

Sánchez J. M. Caracterización beneficiarios de Atención Primaria de Salud Municipalizada. Documento Final. Departamento de Gestión Estratégica. Fonasa. 2004.

Sandoval H. Mejor salud para los chilenos. En Cuadernos Médico Sociales marzo 2004, Vol. 43 No 1. Colmed, Santiago. 2004.

Schneider M. C.et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. Revista Panamericana de Salud Pública (Vol. 12, No. 6, Diciembre 2002).

Sen A. ¿Por qué la equidad en salud?. En Rew Panam Salud Pública 11(5/6) 2002. OPS, Washington D.C. 2002.

Sojo A. La trayectoria del vínculo entre políticas selectivas contra la pobreza y políticas sectoriales. Revista de la Cepal N° 91. Santiago, Abril 2007.

Sojo A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. En Revista de la CEPAL N° 80. CEPAL, Santiago. Agosto de 2003.

Somavía J. Introducción. En Protección Social: una inversión durante todo el ciclo de vida para propiciar la justicia social, reducir la pobreza y fomentar el desarrollo sostenible. A. Bonilla García & J.V. Gruat. OIT, Ginebra. 2003.

Starfield B. Equity and health: a perspective on non random distribution of health the population. En Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 12(6), 2002.

Stiglitz J. El rumbo de las reformas. Hacia una nueva agenda para América Latina. En Revista de la CEPAL N° 80. CEPAL, Santiago. Agosto 2003.

Superintendencia de Isapres. Resultados financieros comparados del sistema Isapre a diciembre 2004. SISP, Santiago. 2005. (en www.sisp.cl)

Superintendencia de Seguridad Social. Boletín Estadístico 2005, cuadro 97. SUSESO, Santiago 2005.

Titelman D. y A. Uthoff. El papel del aseguramiento en la protección social. En Revista de la CEPAL N° 81. CEPAL, Santiago. Diciembre 2003.

Tokman V. Hacia una visión integrada para enfrentar la inestabilidad y el riesgo. En Revista de la CEPAL No 81. CEPAL, Santiago. Diciembre de 2003.

Urriola R. Financiamiento y equidad en salud: el seguro público chileno. Revista de la CEPAL No 87. CEPAL, Santiago. Diciembre de 2005.

Urriola R. La demanda de la salud: interpretaciones de la Casen 2000. En Documentos de Trabajo N° 1 de 2005. Fonasa, Santiago. 2005.

Urriola R. Cuentas de Salud de Chile (resultados preliminares). Documento de Trabajo. Fonasa, Santiago. 2004.

Uthoff A. Mercados de trabajo y sistemas de pensiones. En Revista de la CEPAL N° 78, CEPAL, Santiago. 2002.

Vergara M. Hernán. Perspectivas de un nuevo formulario de medicamentos. En Revista Pharmakon, Santiago. Mayo 2005.

Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector salud. En Rew Panam Salud Pública 11 (5/6) 2002. OPS, Washington. 2002.

Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse. JP, eds. Handbook of health economics, Vol I. Elsevier Science BV; 2000.

Williamson John. The Washington Consensus as Policy Prescription for Development. Institute for International Economics, Washington. 2004.

Williamson John. Our Agenda in the Washington Consensus. Institute for International Economics, Washington. 2003.

World Bank. Household risk management and social protection in Chile. World Bank, Washington. 2004.

ANEXOS

ANEXO I

PLAN DE SALUD FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MUNICIPALIZADA

Los Programas de Salud contemplados en el plan de salud de Atención Primaria (Plan de salud Familiar 3 -PSF-) son:

- Del Niño
- Del Adolescente
- De La Mujer
- Del Adulto
- Del Adulto Mayor
- Familia
- Del Ambiente

La cartera de prestaciones del PSF 3 incorpora las siguientes líneas de actividades:

- Consulta Médica de Morbilidad
- Consulta Morbilidad Ginecológica
- Consulta Morbilidad Obstétrica
- Consulta Morbilidad Urgencia
- Consulta Nutricional
- Consulta Salud Mental
- Consulta Social
- Consulta Déficit Desarrollo Psicomotor
- Consulta Kinésica
- Control Crónicos
- Control De Regulación Fecundidad
- Control De Salud
- Control Ginecológico
- Control Ginecológico Preventivo
- Control Lactancia Materna
- Control Malnutrición
- Control Menopausia Climaterio
- Control Prenatal
- Control Puerperio
- Control Tuberculosis
- Intervención Psicosocial Grupal
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
- Consejería Familiar
- Educación Grupal e Individual
- Cirugía Menor
- Tratamientos y Curaciones
- Examen de Salud Dental
- Urgencia Odontológica
- Destartraje y Pulido
- Exodoncia
- Fluor Tópico

- Obturaciones
- Pulido Radicular
- Pulpotomía
- Sellantes
- Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)
- Programa de Alimentación Complementaria (PNAC)
- Vacunación
- Atención en Domicilio (Alta Precoz)
- Atención a Postrados
- Visita Domiciliaria Integral

ANEXO II

BONIFICACIONES INFERIORES AL 80% OTORGADAS POR FONASA

2005

CODIGO	% BONIFICACION SOBRE NIVEL 1 MLE	CODIGO	% BONIFICACION SOBRE NIVEL 1 MLE
0101001	60	2501008	40
0101002	60	2501009	75
0101003	60	2501010	40
0101020	60	2501014	40
1901023	80	2501015	40
1901024	80	2501016	40
1901025	80	2501017	40
1901026	80	2501018	40
1901027	80	2501019	40
1901028	80	2501021	40
1901029	80	2501022	26,6
2004003	75	2501026	40
2004004	75	2501027	18
2004005	75	2501028	16
2004006	75	2501029	14
2501001	40	2501030	20
2501002	37,5	2801001	60
2501003	40	2801101	60
2501004	40	2801002	70
2501005	40	2801102	70
2501006	40	2801003	75
2501007	40	Resto Prestaciones	50

Los códigos y demás detalles del arancel pueden encontrarse en la página web institucional (www.fonasa.cl)

ANEXO III

BIENES Y SERVICIOS QUE COMPONEN EL SECTOR SALUD EN EL IPC ELABORADO POR EL INE

SERVICIOS MÉDICOS

CONSULTAS MÉDICAS

377 PARTICULAR

378 FONASA

GASTOS EN INTERVENCIONES

379 HONORARIO MEDICO

380 EXTRACCIÓN ODONTOLÓGICA

381 OBTURACIÓN ODONTOLÓGICA

382 VALOR DÍA CAMA DE HOSPITALIZACIÓN

SERVICIOS DE URGENCIA

383 SERVICIO MÓVIL DE EMERGENCIAS

SERVICIOS DE LABORATORIO

384 RAYOS X

385 EXAMEN DE SANGRE

386 ECOGRAFIA

PRODUCTOS MÉDICOS

MEDICAMENTOS

387 ANALGÉSICOS

388 ANTIBIÓTICOS

389 ANTIÁCIDOS

390 ANTIGRIPAL

391 ANTICONCEPTIVOS

392 ANTIHIPERTENSIVOS

393 VITAMINAS

394 ANTITUSIVOS Y BRONCODILATADORES

395 TRANQUILIZANTES y ANTIDEPRESIVOS

396 ANTIHISTAMINICOS UNO

397 ANTIESPASMÓDICOS

398 ANTISÉPTICOS INTESTINALES Y ANTIDIARRÉICOS

399 CARDIOVASCULARES

OTROS PRODUCTOS MÉDICOS

400 ALCOHOL BOTELLA

401 ALGODÓN PAQUETE

402 JERINGAS

403 CRISTALES ÓPTICOS

404 LENTES DE CONTACTO

405 BASTÓN

406 AUDÍFONO

CUIDADOS PERSONALES

PELUQUERÍA

407 PELUQUERÍA HOMBRE

408 PELUQUERÍA MUJER

ARTÍCULOS DE TOCADOR

409 CREMA DE BELLEZA

410 JABÓN

411 PASTA DE DIENTES

412 CHAMPÚ

413 BÁLSAMO

414 AGUA DE COLONIA

415 DESODORANTE

OTROS ARTÍCULOS DE ASEO PERSONAL

416 TOALLAS HIGIÉNICAS

417 PAÑALES

418 PAPEL HIGIÉNICO

419 AFEITADORA DESECHABLE

420 CEPILLO DE DIENTES

ANEXO IV

**NUMERO DE BENEFICIARIOS ATENDIDOS, SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS DE SALUD,
SEGÚN ETAPA DEL PROCESO DE ATENCION Y PROBLEMA DE SALUD AUGE,
ESTADO AL 31-12-2006, PERIODO ENERO - DICIEMBRE 2006**

	PROBLEMAS DE SALUD	Personas en espera de primera atención	Total casos activos	Cerrado por término de tratamiento y por otras causas	Total de personas (2)
	Todos los problemas de salud del Sistema GES	71.167	71.167	813.118	2.652.799
ATENCIÓN PRIMARIA	Infección Respiratoria Aguda . (3)	8.081	8.081	560.103	564.181
	Neumonía	0	0	39.765	42.317
	Hipertensión arterial esencial	0	0	66.146	1.094.478
	Salud Oral (3)	7.153	7.153	24.512	123.961
RESTO	Insuficiencia Renal Crónica Terminal	0	0	697	5.759
	Cardiopatías Congénitas Operables	2.394	2.394	4.601	7.916
	Cáncer Cervicouterino	0	0	9.136	24.971
	Alivio del Dolor (3)	356	356	5.441	16.424
	Infarto Agudo del Miocardio	1.478	1.478	29.436	38.968
	Diabetes Mellitus Tipo 1	0	0	141	2.023
	Diabetes Mellitus Tipo 2	0	0	20.351	350.524
	Cáncer de Mama	1.455	1.455	5.822	12.328
	Disrrafias Espinales	175	175	241	601
	Escoliosis (3)	460	460	66	498
	Cataratas	27.942	27.942	15.797	43.264
	Artrosis de Cadera (3)	986	986	359	1.635
	Fisura Labiopalatina	102	102	67	535
	Cáncer en Menores de 15 Años	291	291	762	1.495
	Esquizofrenia .	951	951	1.525	3.119
	Cáncer de Testículo (Adultos)	593	593	1.273	2.403
	Linfoma en Adultos .	307	307	603	1.812
	VIH (Tratamiento triterapia) (1)	0	0	8	257
	Epilepsia No Refractaria (3)	134	134	47	1.935
	Prematurez (Displasia Broncopulmonar) (3)	176	176	86	592
	Prematurez (Hipoacusia)	0	0	843	1.495
	Prematurez (Prevención parto prematuro)	3.664	3.664	13.057	32.372
	Prematurez (Retinopatía)	0	0	828	1.734
	Marcapaso	811	811	725	4.797
	Colecistectomía Preventiva	0	0	780	9.247
	Cáncer Gástrico	0	0	1.590	4.097
	Cáncer De Próstata (3)	1.289	1.289	39	1.210
	Vicios de Refracción	0	0	2.862	73.334
	Estrabismo	2.992	2.992	690	2.651
	Retinoptia Diabética	5.405	5.405	560	4.964
	Desprendimiento de Retina	241	241	95	652
	Hemofilia	10	10	31	731
	Depresión	0	0	1.320	111.137
Hiperplasia de Próstata	0	0	48	2.040	
Órtesis (3)	3.721	3.721	534	9.753	
Accidente Cerebrovascular	0	0	637	4.236	
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	0	0	961	25.218	
Asma Bronquial	0	0	277	20.002	
Síndrome De Dificultad Respiratoria	0	0	256	1.133	

FUENTE: FONASA - Sistema de Registro SIGGES

NOTA:

(1) Datos existentes en el sistema SIGGES, no corresponden a todos los casos registrados en CONASIDA.

(2) No incluye las personas en espera de la primera atención

(3) La primera columna corresponde a personas en espera de tratamiento

100% resolución en APS

