



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

Número 35
DICIEMBRE 2010

LAS PROPUESTAS DE LA COMISION DE EXPERTOS EN SALUD

Tras cuatro meses de trabajo, la comisión de expertos de salud convocada por el Presidente Sebastián Piñera entregó su Informe final con las recomendaciones referidas al sistema de salud chileno. De acogerse las propuestas, estaríamos frente a un trascendental cambio del sistema público y privado de salud, pero es necesario para ello llegar a importantes acuerdos políticos que recién empezarán a gestionarse y que permitirán elaborar los proyectos de ley que requiere su implementación.

En este documento se pretende resumir los aspectos más significativos de los cambios propuestos, poniendo énfasis al tema de un plan único de salud y los mecanismos planteados para garantizar solidaridad y movilidad de beneficiarios. Es este último aspecto (el modelo de financiamiento de la salud), la Comisión no logró un consenso unánime y presentó dos alternativas: una propuesta apoyada por la mayoría y una propuesta alternativa promovida por un grupo minoritario.

El diagnóstico y las recomendaciones referidas al fortalecimiento y modernización de la prestación de servicios en el sistema público de salud, tema considerado fundamental en el proceso de los cambios, será abordado por Clínicas de Chile A. G. en un documento independiente, debido a que la importancia y amplitud del tema así lo amerita.

El gobierno del presidente Sebastián Piñera ha considerado como una tarea prioritaria introducir cambios al sistema de salud chileno que le permitan solucionar problemas estructurales. Para generar propuestas de mejora, en Julio de este año nominó a una Comisión de Expertos, a quienes solicitó, que al menos, elaboraran una propuesta que planteara un plan base garantizado de salud y una revisión de los mecanismos de acceso y financiamiento de los Subsidios por Incapacidad Laboral. Los resultados de este trabajo fueron entregados al Presidente el lunes 6 de Diciembre.

Como todo sistema, el sistema de salud chileno tiene múltiples interrelaciones. El gran desafío era proponer cambios y ser capaz de analizar todos los efectos directos e indirectos que cada medida implicaba y, por otra parte, definir una estrategia que permitiera implementar los cambios sin alterar el funcionamiento de un sistema en operación que hace imposible su interrupción momentánea, lo cual impone gradualidad en la introducción de reformas.

Específicamente, en relación a los prestadores de salud, el diagnóstico de la Comisión es que enfrentan serias dificultades. En el caso de los prestadores

públicos, sus insuficiencias los han puesto en continua observación crítica por el público y los medios de comunicación. Sus redes no están bien integradas, sus recursos están mal distribuidos, las decisiones se adoptan en forma muy centralizada sin dejar posibilidades de responder a las cambiantes necesidades locales, sus administradores carecen de atribuciones para hacer frente a los problemas más comunes y muchas otras dificultades, como la bajísima tasa de inversiones. Un alto porcentaje de los cargos de mayor responsabilidad directiva en los hospitales permanece vacante o son ocupados interinamente por profesionales no especializados en administración hospitalaria. Las atribuciones de estos directivos, en todo caso, no les permiten resolver los problemas, como lo demuestra el hecho de que en varias instituciones la proporción de gastos fijos, destinados a pagar los sueldos del personal, supera el 80 o el 90 por ciento del total.

Entre los prestadores privados, la Comisión estima que los problemas son de una naturaleza diferente. Las clínicas, centros médicos y laboratorios, insertos como están en un sistema más amplio, han quedado orientados fundamentalmente al pago por prestaciones producto del modelo de compra por parte de los seguros, con lo cual no pueden abordar soluciones de problemas de salud en forma global y están expuestos a fuertes presiones inflacionarias.

LOS TEMAS QUE INCLUYÓ LA PROPUESTA

- La Comisión acordó, en primer lugar, transformar las licencias médicas en un seguro de incapacidad laboral para cubrir a los afiliados a Isapres y FONASA y que debería ser financiado en partes iguales por trabajadores y empleadores, con una nueva institucionalidad para tramitar y controlar las licencias que asegure que quien la necesite la reciba, pero que impida los abusos, excesos y fraudes.
- Otro aspecto que generó consenso unánime fue la creación de un plan universal de salud para todos los chilenos junto a un cambio en la forma de cálculo de los aportes fiscales a la salud, dejando atrás el sistema de presupuestos históricos, y estableciendo una prima per cápita que cubra totalmente el valor del plan en el caso de los indigentes y parcialmente a quienes pueden contribuir con su cotización. La Comisión estimó que todas las personas debieran tener la posibilidad real de elegir la entidad de seguridad social a la que quieran afiliarse generando en forma gradual los mecanismos que permitan, con aportes de los trabajadores y del Estado, la movilidad de las personas.
- Donde no hubo unanimidad fue en los mecanismos que garantizan movilidad y solidaridad al sistema. La posición mayoritaria (8 de 13) es partidaria de crear un fondo de compensación de riesgos que se financie con las cotizaciones obligatorias de salud y los subsidios que el Estado destine a las primas per cápita. Dicho fondo se distribuiría entre las diversas “Entidades de Seguridad Social en Salud”, privadas o pública, con un esquema que permite compensar el riesgo estimado de sus beneficiarios, según sexo y edad. Asimismo esta posición de mayoría plantea la transformación del sistema actual de seguros de salud chileno creando las Entidades de la Seguridad Social en Salud, ESSS pública y privadas, que regidas por los principios de la seguridad social, gestionen el financiamiento del

plan universal garantizado.

La minoría disidente considera que la cotización es de propiedad individual. Dicho sector estima que podría definirse un modelo que privilegie la solidaridad mediante aportes estatales ajustados por nivel de ingresos y riesgo de las personas y no mediante las cotizaciones de salud individuales.

- Otro aspecto que trató el informe fue el funcionamiento de los hospitales y se formularon recomendaciones respecto de su financiamiento, sus incentivos, su autonomía y su integración en red con la atención primaria, entre otras materias. Asimismo se formulan recomendaciones en torno a los modelos de gestión y de concesiones. También se abordó la necesidad de definir una política de formación de especialistas.
- Finalmente, también se analizó la situación actual de la medicina preventiva y se formularon recomendaciones respecto de su desarrollo futuro. Se analizó el impacto de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales de los trabajadores que dependen del ISL y deben recibir atención en la red pública de salud.

ASPECTOS CENTRALES DE CADA TEMA DE LA PROPUESTA

1.- LICENCIAS MÉDICAS

1.1 Diagnóstico de la situación actual

El diagnóstico respecto a este tópico es claro y conocido: la tasa de subsidios ha mostrado a través el tiempo un aumento que no se relaciona con factores epidemiológicos. Este problema, en los últimos años se ha concentrado en los beneficiarios FONASA, ya que las ISAPRES han logrado frenar en cierta forma la tendencia, con fuertes controles que han generado una relación de desconfianza mutua con sus beneficiarios.

Las razones de esta situación se estima que obedecen a problemas de diseño del sistema, que incentivan el uso y las licencias más largas (específicamente en este último aspecto incide el deducible de 3 días que se impone a las licencias menores de 11 días de reposo), problemas sociales, y derechamente actuación fraudulenta, amparada por un grupo muy reducido e identificado de profesionales de la salud.

1.2 Propuesta

Las propuestas de la Comisión consideran los siguientes aspectos específicos:

- El actual SIL se transforma conceptualmente en un Seguro de Incapacidad Laboral (SIL), único, nacional, que cubre la incapacidad temporal de generar ingresos producida por la enfermedad común de un trabajador. Este seguro cubrirá indistintamente a trabajadores dependientes, independientes que coticen regularmente y cubrirá el período que sea necesario para que el



trabajador recupere la condición de salud que le permita volver a su trabajo, o iniciar el trámite de una pensión de invalidez en el caso que la enfermedad sea irrecuperable.

- Dado que el origen de este seguro está ligado a una enfermedad y se materializa a través de una licencia médica, será la Superintendencia de Salud quien regule el nuevo sistema en sus diversos aspectos.
- El seguro se financiará por una cotización obligatoria del trabajador y del empleador, que será un porcentaje de la renta imponible del trabajador con el tope legal vigente (aproximadamente un punto del 7%), la cual será gestionada en forma separada, por otras instituciones diferentes a las que recaudan la cotización que el trabajador destina a salud. En el caso de los trabajadores dependientes, el 50% de esta cotización será de cargo del empleador. En los independientes, el costo del seguro SIL será un 100% de cargo del trabajador y de carácter obligatorio. Los pensionados por invalidez total y por vejez por edad (65 hombres y 60 mujeres) no tendrán derecho a este seguro aunque continúen trabajando y, por lo tanto, no cotizarán para este efecto, ni ellos ni sus empleadores.
- Se estima que el 50% que los trabajadores dependientes deberán asumir, sería equivalente al 1% de su cotización actual de salud, quedando la nueva cotización de salud al inicio, en torno a un monto aproximado al 6% de la remuneración con tope legal.
- Las AFP y el Instituto de Previsión Social IPS recaudarán las cotizaciones previsionales destinadas por el trabajador y el empleador al pago del seguro SIL. Al hacerse en forma conjunta con las cotizaciones previsionales, generará un ahorro de gastos administrativos importante. Las AFP y el IPS una vez efectuada la recaudación previsional la direccionarán a las instituciones encargadas de administrar el Seguro de Incapacidad Laboral único nacional, las cuales serán entidades registradas en la Superintendencia de Salud para administrar y gestionar el riesgo del SIL. Podrían ser administradores del SIL las actuales Isapres o quienes las sustituyan y las Compañías de Seguros del 2° Grupo (Vida).
- La ley establecerá la cobertura del Seguro y se licitará en forma anual o bianualmente por la Superintendencia de Salud, introduciendo incentivos a la máxima competencia, licitando porciones de mercado.
- Se deberá crear, por el conjunto de empresas que se adjudiquen el seguro, una entidad privada altamente profesionalizada, sin fines de lucro, que podría tomar la forma de una Corporación u otra forma jurídica similar, la que tendrá como función la gestión, evaluación y pago de las licencias médicas. Esta Corporación deberá tener continuidad en el tiempo y ser dirigida por un consejo directivo compuesto por miembros elegidos por las administradoras del SIL, en función de las porciones de riesgo asignadas. El consejo directivo

cambiará con ocasión de cada licitación. Este consejo directivo designará la administración de la Corporación.

- La Corporación tendrá, entre otras responsabilidades, las siguientes funciones:
 - i) Organizar una red electrónica y física de oficinas para recibir, procesar y pagar las licencias
 - ii) Desarrollar o administrar un sistema de emisión, de tramitación y de pago de licencias médicas de tipo electrónico con el objeto de optimizar la calidad y transparencia del proceso
 - iii) Contar con médicos calificados que podrán aprobar, modificar o rechazar las licencias médicas, basándose en criterios médicos y en base a los protocolos que dicte la Comisión Técnica Nacional de Licencias Médicas y a la jurisprudencia de la Superintendencia de Salud.
 - iv) Las resoluciones de la Corporación podrán ser reclamadas a la Comisión Nacional de Apelaciones de Licencias Médicas que cree la Superintendencia de Salud.
- Bajo este modelo de seguros, en que el financiamiento del sistema deriva de aportes variables de trabajadores y empleadores, resulta esencial controlar el riesgo de abuso para evitar un sobre costo innecesario a la contratación laboral. Para ello, debe considerarse una fórmula que permita equilibrios entre deducibles y copagos. Al respecto se propuso reducir a dos días el deducible pero aplicarlo a todas las licencias. Este mecanismo se ajusta automáticamente a la gravedad de la enfermedad, por cuanto se hace relativamente menos importante a mayor extensión (gravedad) de la licencia.

Un aspecto de este tema que se analizó por la Comisión, pero que finalmente no fue incluido en las propuestas, es el referido a la tasa de sustitución del beneficio (copago), que hoy en Chile es de 100% para rentas inferiores al tope establecido, lo que no ocurre en otros países. Se planteó como alternativa ajustarlo a niveles comparables a los que se observan en muchos países desarrollados, lo cual constituiría un buen incentivo a la autorregulación y su impacto en el gasto podría ser importante. Sin embargo, se estimó que, de aplicarse una medida de este tipo, que se juzga por ahora poco viable, debería hacerse en forma diferenciada según renta de las personas y protegiendo determinados diagnósticos, lo cual hace más compleja su implementación.

2.- FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA SALUD

Este tema, medular dentro de la propuesta, es uno de los puntos donde no existió unanimidad, generándose una propuesta de mayoría (8 votos), frente a una propuesta alternativa minoritaria. Analizaremos en forma separada cada propuesta, las que difieren, incluso, en algunos aspectos respecto al diagnóstico de la situación actual.



2.1 PROPUESTA DE MAYORIA

2.1.1 Diagnóstico de la situación actual

El diagnóstico inicial establece que el modelo de financiamiento del sistema de salud actual, que se basa en una cotización obligatoria para cubrir beneficios de salud y licencias (sin fondos independientes) y aportes fiscales directos para financiar el sistema público y subsidiar a indigentes y no cotizantes de FONASA ha generado problemas estructurales complejos:

- a) Una segmentación de la población por ingreso y nivel de riesgo, concentrándose la población de mayor riesgo, menor ingreso y mayor tamaño de grupo familiar en el sistema público.
- b) Un sistema público que al tener población cautiva tiene menos incentivos para mejorar su nivel de eficiencia y calidad de los servicios.
- c) Un sistema privado que por su modelo de fijación de precios genera cautividad dado el riesgo creciente de las personas.
- d) Un sistema privado que funciona principalmente en base a pago por prestaciones, con poco nivel de control de gastos y competencia limitada.
- e) Un sistema público donde el ejercicio de la libertad de las personas para escoger su administrador de financiamiento y su prestador de servicios está fuertemente limitada
- f) Creciente rechazo social al modelo de fijación de precios de las Isapres y judicialización del proceso.
- g) Costos crecientes, que implican mayor presión de aportes al Estado y aumento de precios en las Isapres

2.1.2 Propuesta

La propuesta de mayoría considera crear un Plan Universal de Seguridad Social en Salud como eje ordenador del sistema de financiamiento. El concepto del plan, no su contenido de detalle, debería quedar establecido en la Constitución con el propósito de ser más concretos que la garantía actual y que permita la suficiente flexibilidad para facilitar su adaptación a los cambios que sea necesario introducir en el futuro, a consecuencia de transformaciones en las necesidades de la población, innovaciones tecnológicas en el ámbito de la medicina y evidencia de costo-efectividad de las soluciones.

Las características generales del plan propuesto son las siguientes:

- Igual para todos los chilenos, cotizantes y no cotizantes para salud (y debiera buscarse la forma de integrar en esta reforma a las FFAA). En su cobertura considera las prestaciones GES y no GES y también incluye prestaciones de medicina preventiva y la cobertura de enfermedades catastróficas.



- Tiene aranceles para cada prestación o solución, a valores de mercado que cubran los costos reales de las prestaciones, es decir, tarifas equivalentes a prestadores privados de bajo costo.
- Las personas pueden elegir entre dos modalidades de atención:
 - i) La red de consultorios y hospitales públicos, incluyendo servicios que se contraten directamente con privados para incrementar la oferta a sus beneficiarios. En este caso, el plan es administrado por el Estado a través de FONASA.
 - ii) Clínicas y centros de atención ambulatoria e instalaciones del sistema privado y, al igual que en el caso anterior, incluyendo servicios que se contraten directamente con la red pública para incrementar la oferta a los beneficiarios. En este caso el plan es provisto por las Empresas de la Seguridad Social en Salud (ESSS)
- El plan tiene dos niveles de coberturas:
 - i) Gratuita, sin copagos: a la que pueden acceder las personas indigentes, sin cotizaciones o con cotizaciones bajas y con rentas inferiores a un mínimo que fije la autoridad. En ese caso las personas deben inscribirse en FONASA y las prestaciones del plan se otorgan en la red pública. Se garantiza oportunidad de atención para las prestaciones GES y para el resto en función de la capacidad financiera del sector público y oferta disponible.

Paralelamente, podrían atenderse voluntariamente en prestadores privados con copagos y se establecerán los mecanismos que permitan garantizar en forma creciente y gradual en el tiempo la movilidad de esta población, dentro del sistema.

ii) Con copagos: a la que puede acceder cualquier persona, pero es obligatorio para aquellas personas con rentas superiores al mínimo que fije la autoridad. Estas personas deben afiliarse a una Entidad de la Seguridad Social en Salud ESSS que puede ser pública o privada:

- Si eligen la ESSS pública pueden acceder a los hospitales públicos bajo la modalidad de libre elección y pagando el copago correspondiente.
- Los adscritos a ESSS privadas se atenderán en establecimientos preferentemente privados. En base a convenios que éstas suscriban con establecimientos o redes públicas, se atenderán bajo la modalidad de libre elección con copago.
- Existirá una cobertura catastrófica, para cuando los copagos superen un cierto monto definido.
- Tendrá copagos menores si elige “prestadores preferentes”. Para ciertas prestaciones de nivel primario, principalmente de promoción y prevención puede ser, incluso, sin copago.

2.1.3 Financiamiento

Para el financiamiento del Plan Universal, se define una prima per cápita sanitaria universal (PPCSU). Inicialmente, para poder hacer un modelo ajustado al nivel de gastos del actual sistema de salud público, se estima su valor a partir de la siguiente fórmula:

Presupuesto público de salud (que incluye cotizaciones y aporte fiscal)

Menos los valores destinados a bienes públicos

Menos los costos del financiamiento de las Instituciones y organismos del estado dedicadas al ámbito de políticas públicas, salud pública y regulación.

Menos el ingreso y gasto por concepto del Subsidio por Incapacidad Laboral.

El monto resultante se divide por el número actual de beneficiarios del sector público. Se estima en forma preliminar que éste debiera ascender a una cifra alrededor de 1 UF mensual por persona. Este valor se establece como el valor promedio del Plan Universal (prima per cápita).

Para financiar el plan de salud se crea un **Fondo Compensatorio por Riesgo**, con los siguientes aportes:

- Una cotización de salud obligatoria, la cual ha sido estimada en alrededor de un 6%, (cotización actual menos 50% de la cotización promedio destinada hoy a financiar el SIL, equivalente a un punto del 7%).
- Aporte del Estado por la diferencia entre la prima per cápita sanitaria universal promedio por persona multiplicada por el número de beneficiarios del grupo familiar menos la cotización de salud del punto anterior.
- Aporte del Estado por el total de la prima per cápita sanitaria universal por beneficiario correspondiente a los indigentes que no cotizan.

Con los recursos recaudados por el Fondo, definidos anteriormente, se realiza una compensación de riesgos en base a sexo y edad, para lo cual se utilizan tablas de factores de riesgo diseñadas técnicamente, sin distorsiones, de forma tal que cada beneficiario reciba del fondo una prima ajustada por riesgo.

El Fondo paga al FONASA o ESSS una prima ajustada por riesgo por cada beneficiario o cotizante para que éstos puedan financiar el Plan Universal de Salud en el FONASA o ESSS. La prima ajustada por riesgo es igual para todos los beneficiarios del mismo género y edad.

También se establece que se debe considerar un sistema de compensación de riesgos ex post, que permita la completa movilidad de la personas con enfermedades crónicas o preexistentes entre ESSS pública y privadas y que cubra riesgos catastróficos. (No se ahonda sobre la propuesta específica de este tema en el documento presentado por la Comisión)

El cálculo de la prima, la tabla de factores de riesgo y sus futuras modificaciones será manejada por un panel de expertos que sugerirá al Gobierno los cambios necesarios, quién finalmente decidirá en función de los recursos disponibles. Sin embargo sus recomendaciones serían públicas.



Con esta propuesta, se crea un nuevo régimen de Seguridad Social en Salud compuesto por entidades públicas y privadas las que deben adherir a los principios de la seguridad social que son a lo menos:

- i) Universalidad.
- ii) Libre movilidad de las personas
- iii) No hay selección al ingreso, ni preexistencias, ni carencias, ni exclusiones siempre que las personas provengan de otra ESSS. (Se deberá evaluar y diseñar sistemas que impidan comportamientos oportunistas de personas que provienen del FONASA o del plan con gratuidad en caso de enfermedades predefinidas.
- iv) Otorgar coberturas vitalicias sin que puedan caducar sus contratos.

FONASA, que hoy es un seguro público en salud, mantendrá su actual institucionalidad para administrar el plan sin copago que se atiende en la red pública y podrá conformar una Entidad Pública de la Seguridad Social en Salud para los afiliados que tengan la modalidad con copago siendo la continuadora del FONASA libre elección. La ESSS Pública deberá abocarse exclusivamente a otorgar el Plan Universal de la Seguridad Social en Salud con copago.

Respecto de las ESSS privadas se plantean dos alternativas:

- i) Que sean de giro exclusivo para abocarse al otorgamiento del Plan Universal de la Seguridad Social en Salud, financiado con la prima ajustada por riesgo del Fondo de Compensación de Riesgos y en consecuencia no puedan comercializar coberturas adicionales.
- ii) Dejar la opción para que voluntariamente las ESSS decidan si son de giro exclusivo para abocarse al otorgamiento del Plan Universal de la Seguridad Social en Salud o alternatively pueden comercializar también coberturas adicionales financiadas en forma voluntaria por las personas.

Todas las ESSS deben otorgar el Plan Universal de Salud financiado por la prima ajustada por riesgo que reciban de sus afiliados a través del Fondo Compensatorio. Compiten por la calidad de sus servicios y por la red de prestadores convenidos. Sin embargo, las ESSS privadas podrán cobrar al contratante por el Plan Universal Garantizado un precio mayor a la prima que le entregue el Fondo Compensatorio, pero deberá ser igual para todos los beneficiarios de la ESSS (sin diferencia por género y edad) y estarán obligadas a recibir a los afiliados de otras ESSS sin carencias ni preexistencias. Es importante destacar que cada ESSS puede otorgar sólo un Plan Universal de Salud a toda su cartera de beneficiarios.

Seguros de Salud Complementarios

Las personas podrían contratar Seguros Adicionales Voluntarios por montos extras a la cotización de salud, pero un contrato separado respecto del Plan Universal de Salud

9

Podrán contratarse en forma individual o colectiva, serán considerados legalmente un seguro de salud por lo que se aplicarán las normas de los seguros contenidas en el Código



de Comercio y podrían ser comercializados por Compañías de Seguros o ESSS privadas, con normas comunes dictadas conjuntamente por las Superintendencias que correspondan.

2.1.4 Etapa de Transición

La Comisión consideró importante establecer una gradualidad en las reformas al financiamiento y al aparato público. La principal variable que regula la velocidad de la transición son los límites de renta que se fijen para permitir la movilidad de la población lo que permite graduar dicha movilidad.

Otro aspecto fundamental en el que se hace énfasis es respecto de que la reforma al financiamiento y la reforma al sistema público prestador es un todo, que no es recomendable aplicarlas en forma independiente o elegir abordar una sola de ellas. Más aún, la reforma financiera planteada, tiene como requisito fundamental abordar la transformación y modernización del aparato público prestador de servicios de salud para asegurar que estos cambios en el financiamiento tengan los efectos esperados.

Es fundamental en el éxito de esta propuesta el poder transformar el actual sistema público prestador de servicios de salud en entidades modernas y con modelos de organización y gestión que permitan cumplir con los objetivos que se les exigen. A las transformaciones propuestas para este tema se dedica un extenso análisis en la propuesta, existiendo consenso en todos los miembros de la Comisión (*).

2.2 PROPUESTA DE MINORÍA

(Srs. Rodrigo Castro, Rafael Caviedes, Juan Hepp, Juan Pablo Illanes y Gonzalo Simón).

2.2.1 Diagnóstico de la situación actual

El sistema de salud de Chile, es extremadamente complejo:

- Cientos de hospitales públicos y privados; miles de centros ambulatorios públicos, municipales y privados;
- Aseguradores privados regulados, aseguradores privados con baja regulación y aseguradores públicos;
- Aproximadamente doscientos mil trabajadores de la salud que se desempeñan dentro del sistema;
- Diez mil millones de dólares en recursos financieros utilizados anualmente, distribuidos como pago por las atenciones de acuerdo a varios mecanismos diferentes de traspasos.

(*) Nota: Como se comentó previamente, el capítulo referido al "Fortalecimiento y Modernización en el Sistema Público de Salud" será desarrollado en un Tema de Coyuntura Extraordinario independiente.

Esta compleja organización produce resultados generales de salud que se estiman adecuados para el nivel de desarrollo del país, donde coexisten dos sistemas de salud, público y privado, con problemáticas diferentes:

El sector público presenta un problema importante de calidad en la atención – servicio y oportunidad – como contrapartida a su oferta universal, puesto que cualquier persona puede ser beneficiaria. El sector privado, en cambio, presenta como problema principal el precio de las coberturas, como contrapartida a un elevado nivel de calidad en la atención, lo que ha provocado una excesiva judicialización de los reclamos, pues es el mecanismo que han empleado los usuarios para mantenerse en las ISAPRES.

2.2.2 La propuesta

Se estima que inicialmente es posible establecer la aplicación de un plan nacional de seguro obligatorio de salud para toda la población, garantizando a todos los individuos una misma cobertura. Asimismo, la forma de cálculo de los aportes fiscales a la salud debiera seguir un modelo de aporte per cápita, en lugar de la forma actual que sigue los presupuestos históricos para los establecimientos públicos.

Considera que cada persona es dueña de su cotización de salud, y que todas las personas debieran idealmente tener la posibilidad de elegir tanto la entidad que los asegure, como al prestador de su confianza. Para ello, los subsidios recibidos deberían ser nominados al trabajador que los necesite y que éste pueda decidir sobre su uso en la entidad de seguridad social en salud que él elija. De este modo se estaría logrando que la libertad constitucional de elegir el sistema de salud, que actualmente sólo es una declaración para una parte importante de los chilenos, se convierta en una posibilidad real. Estos objetivos deberían alcanzarse por medio de un modelo que privilegie la solidaridad mediante aportes estatales ajustados por nivel de ingreso y riesgo de cada persona, a través de recursos provenientes de impuestos generales y no mediante la redistribución de cotizaciones personales para salud.

El nuevo mecanismo de financiamiento se estructuraría de la siguiente forma:

- El Ministerio de Salud define el Plan de Seguro de Salud Obligatorio, PSSO, con los beneficios y coberturas ya descritos, que se aplicarán como estándar de referencia mínimo para todos los chilenos.
- Definido el plan, se puede determinar el valor base actuarial para la población, tarea que recaería en el Ministerio de Salud, que lo definiría mediante un estudio técnico de una entidad independiente, anualmente y cada vez que se modificare el PSSO.
- Para financiar el PSSO se emplearán los fondos provenientes de las siguientes fuentes:
 - i. Cotización legal del 6% de la renta imponible del trabajador o el valor del plan obligatorio para el grupo familiar, lo que sea menor.
 - ii. Cotización solidaria, que constituiría un subsidio del Estado que se aplicaría en los casos en que el 6% del trabajador no alcance a cubrir el precio del PSSO ajustado por riesgo de su grupo familiar.

De esta forma, la solidaridad por ingresos se hace mediante aportes del Estado que provienen de impuestos, los que han sido diseñados en forma progresiva.

En aquellos casos que el 6% de los ingresos de una persona sea superior al precio que le corresponda pagar por el PSSO para él y su familia, podría destinar ese excedente a otros gastos en salud. En particular podrían estudiarse los siguientes:

- i) Cuentas de ahorro para la salud, ante cambios de riesgo futuros
- ii) Incorporación de otros miembros del grupo familiar. La ley debería contemplar la contratación voluntaria de planes asociados entre miembros de un mismo grupo familiar. Así por ejemplo, el cotizante voluntariamente podría contratar un plan asociado a sus padres o a sus hijos.
- iii) Seguros adicionales de salud. Como el PSSO será el estándar exigible, siempre será posible que una persona se vea enfrentada a gastos no contemplados en el plan. Para estos seguros complementarios, dado que podrían ser financiados en parte con excedente del 6% cotización legal obligatoria, deberán tener regulación referente a tabla de riesgos y tasa referencial de variación de precios base, de acuerdo a lo indicado por una comisión especial independiente, creada para estos efectos.
- iv) Seguros para cambio de estado de salud que permitan enfrentar primas más altas en el caso de contraer enfermedades crónicas. Con ello se facilitarían eventuales traslados de un asegurador a otro, mejorando la competencia entre aseguradores.

El cotizante podrá contratar el PSSO para su grupo familiar con el asegurador público o con alguna entidad privada de seguridad social en salud. Para ello podrá contar con la cotización solidaria sujeto a algunas condiciones, en especial durante el período de transición. Si la cotización obligatoria y la cotización solidaria no le alcanzaren para cubrir el precio cobrado por la Isapre, podrá destinar cotizaciones voluntarias a ese efecto.

2.2.3 Transición

Junto a la implantación del nuevo sistema, debería necesariamente avanzarse en el cambio del modelo de gestión de la red de salud de hospitales y establecimientos públicos, acción imprescindible y base de cualquier reforma, si se desea avanzar hacia un mejor sistema de salud para el país. El FONASA actúa como la entidad pública de seguridad social en salud, es decir como un seguro público en salud, y las Isapres o entidades privadas de seguridad social en salud, deben actuar con la misión de entregar las coberturas del Plan de Seguro de Salud Obligatorio, como mínimo, pudiendo entregar beneficios adicionales.

Las entidades privadas y la pública podrán recibir las cotizaciones y la cotización solidaria sólo para cubrir el PSSO, pero inicialmente la cotización estatal solidaria sólo se podrá utilizar en el ente público. El cambio real respecto de la situación actual comienza cuando el Estado permite que una proporción de la cotización solidaria se pueda destinar a comprar el plan en cualquier entidad. Si, por ejemplo, se permite que un tercio del subsidio que reciben las personas que están en el sistema público actualmente lo puedan



destinar a ese fin, cada persona que se retira del asegurador público con el apoyo de la cotización solidaria libera recursos para quienes permanecen en el sistema público.

Los recursos liberados podrían destinarse a mejorar infraestructura, a nuevas inversiones o a financiar muchos de los cambios del modelo de gestión de los establecimientos públicos que pueden significar gastos por una vez, tales como bonos compensatorios al personal que renuncie a la rígida normativa laboral especial vigente.

De esta forma, el sistema nacional de salud podría ir desarrollándose en etapas que permitan adecuar los procedimientos, la institucionalidad y los mecanismos de financiamiento y subsidios, sin poner en peligro el sistema público o privado ni los equilibrios financieros sectoriales.

Al mismo tiempo, se pueden ir realizando las modernizaciones necesarias en las redes y hospitales públicos que les permitan gradualmente volverse más atractivos para captar beneficiarios o convenios con aseguradores privados. Ello significa un sistema de subsidios aplicado paulatinamente y una movilidad público/privado regulada para impedir tanto una demanda explosiva en el sistema privado, por deficiencias del sistema público, como los problemas financieros que podrían derivarse de esto en el sector público.

La portabilidad del subsidio se podría alcanzar una vez que los hospitales hayan alcanzado un alto grado de autonomía y competitividad y que los riesgos de las poblaciones que hoy se atienden en los dos sistemas se hayan equilibrado. Sólo una vez en régimen, es decir cuando se entregue el 100% del monto de subsidio estatal que le corresponde a cada grupo familiar, ajustado por riesgo, y se modifique el modelo de gestión y financiamiento de establecimientos públicos de salud, la movilidad entre personas adscritas al sistema público o privado, podría ser total y sin restricciones por preexistencias.

3.- MEDICINA PREVENTIVA

3.1 Diagnóstico de la situación actual

El objetivo de la prevención primaria es evitar la ocurrencia de la enfermedad, reduciendo la exposición a factores de riesgo. Actualmente se ejecutan en el país diversos programas orientados a la prevención de enfermedades y existe un Examen de Medicina Preventivo (EMP) cuyo propósito es reducir la morbi-mortalidad o sufrimiento, asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables, determinadas por Ley, entregándole a la Superintendencia de Salud la facultad para fiscalizar y exigir el cumplimiento de las metas.

En la práctica, el EMP tiene una baja cobertura. Los programas que logran mayor cobertura son los relacionados con el control de embarazo y los lactantes menores, y con menor frecuencia en preescolares. En el control periódico ginecológico se logra una cobertura parcial de detección de cáncer cervicouterino (66%, para un objetivo de 80%). Actualmente el EMP en adultos alcanzaría solo al 5% de la población objetivo y se ha planteado alcanzar una meta de cobertura de 25% para el próximo año.



3.2 La Propuesta

En consideración al limitado uso del EMP en adultos, se plantea que, en el contexto del artículo 138 del DFL 1 año 2005, la Resolución Exenta 1.236 del 31 Diciembre 2009 del Ministerio de Salud y el Decreto N° 1 del 6 de Enero 2010 del MINSAL en el Título II, crear un “GES examen preventivo para adultos”, amparado en las garantías GES de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

El “GES examen preventivo para adultos” debiera considerar los siguientes aspectos:

- Autoevaluación de antecedentes en base a una encuesta y control con una Enfermera entrenada en medicina preventiva o Médico de atención primaria.
- Presión Arterial: A partir de los 18 años cada 2 años, si no existen factores de riesgo asociados.
- Peso y estatura: Debe medirse periódicamente calculando el índice de masa corporal (IMC) para evaluar peso saludable
- Hemograma y Perfil Bioquímico
- Lípidos en sangre
- Cáncer de próstata
- Cáncer de Mama:
- Cáncer del cuello uterino:
- Cáncer de vesícula biliar:

Para llevar a cabo esta tarea es necesario capacitar a enfermeras que se dediquen exclusivamente al EMP, localizadas en la atención primaria y que permita complementar el trabajo del médico.

Deberá analizarse la factibilidad de hacer obligatorio el EMP cubierto por el GES en ciertas situaciones, como al ingresar a un trabajo estable, generar incentivos a las personas que se lo realicen (beneficios adicionales en sus planes de salud) y medir los resultados sanitarios que se obtengan.

Se estima que el costo del “GES examen preventivo para adultos” propuesto, valorizado a costos Arancel FONASA 1, para 100.000 personas al año, asciende a \$3.700 millones. Actualmente parte de este costo ya se aplica en el programa de control de cáncer mamario (mamografía) y cérvico uterino (PAP).

4.- ACCIONES Y CAMPAÑAS DE SALUD PÚBLICA

Los nuevos desafíos terapéuticos y los cambios epidemiológicos de hábitos y de conductas sociales que están impactando en la salud de los chilenos, obligan a considerar los siguientes temas como prioritarios en cuanto a definiciones de programas y políticas de salud pública, asignando específicamente los recursos para cumplir con los objetivos sanitarios definidos. Específicamente se plantea actuar sobre las siguientes situaciones problemáticas:

- **Tabaquismo**
- **Sobrepeso y obesidad**
- **Bebedor Problema**
- **Enfermedades de transmisión sexual**
- **Consumo de sustancias adictivas**
- **Vida sedentaria**
- **Trastornos psicosociales, depresión, conducta agresiva, estrés**
- **Donación de órganos y tejidos para trasplante**

5.- SEGURO DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

La Ley de Seguros de Accidentes del Trabajo se dictó en 1968 antes de que se produjera la transición epidemiológica que también ha ocurrido en este campo. En muchos países se ha registrado una fuerte disminución de los accidentes del trabajo, pero unido a un aumento de enfermedades vinculadas al trabajo, aunque no necesariamente las tradicionales enfermedades profesionales. La ley chilena, sin embargo, se ha mantenido casi sin modificaciones hasta hoy.

Para el sistema público de atención de salud, las disposiciones de la normativa de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales tiene repercusiones importantes porque una proporción importante de estas dolencias se atienden en los hospitales públicos.

La ley (16.744) estableció que este seguro era de cargo de los empleadores quienes podían elegir entre 3 alternativas:

- i) Auto asegurarse vía administración delegada (actualmente sólo usado por CODELCO)
- ii) Afiliarse a una mutual
- iii) Asegurarse con el Estado a través del INP (hoy Instituto de Seguridad Laboral, ISL)

Las mutuales atienden a 3,5 millones de trabajadores en sus establecimientos propios. Realizan diversas formas de prevención que han significado que en los 42 años de vigencia de la ley, la accidentabilidad del trabajo haya bajado drásticamente. Su mercado de beneficiarios corresponde a organizaciones con un promedio de 46 trabajadores. Debido al costo implícito de la afiliación, el mercado de las PYME no es atractivo de abordar.

Los excedentes de las mutuales son cuantiosos, ya que el sector es oligopólico, con precio fijado por ley y barreras a la entrada producidas por la necesidad de contar con un alto número de trabajadores como mínimo. Estos excedentes se invierten en infraestructura hospitalaria que significan una competencia con los prestadores de salud privados del país.

El seguro estatal atiende a un millón de trabajadores, con una media de 3 por empleador. Los accidentes son atendidos en la red pública de salud, especialmente en los servicios de urgencia, puesto que el ISL no cuenta con establecimientos propios. Desde la vigencia de



CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

la ley, ni el INP y ahora ni el ISL han realizado ninguna prevención. En este sistema están hoy afiliados los trabajadores formales de las PYME, los pirquineros, pescadores, empleadas de casa particular, etc. Ellos son los trabajadores de menores ingresos y que experimentan la mayor inseguridad laboral.

La Comisión estima que el Estado podría dejar de otorgar el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, dejando como única alternativa a los empleadores afiliarse a una mutual, sin que éstas puedan discriminar en la afiliación.

La principal ventaja de una decisión como ésta sería la de liberar a la red pública de salud, especialmente a los servicios de urgencia, de la demanda de un millón de trabajadores, que son precisamente los de las empresas con las peores condiciones de seguridad. Con el cambio propuesto, esas atenciones tendrían que otorgarse en la red hospitalaria de las mutuales, que es de primera clase, está de Arica a Magallanes y se encuentra subutilizada. El millón de trabajadores más desvalidos de la masa laboral chilena, tendría así un mejoramiento innegable.

Como el costo para los empleadores es el mismo en el ISL o en una mutual, no habría un efecto negativo en el empleo.