



DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Cesar Gattini
OCHISAP
Septiembre de 2024

Con su gran desarrollo y cobertura nacional, la organización y estructura del sistema de salud cuenta con diversas entidades públicas y privadas que cumplen funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios. Su marco normativo es esencial, pues sustenta la organización, estructura y desempeño, especialmente del sector público. El Ministerio de Salud cumple la función de rectoría y regulación, con un rol gerencial central del seguro público (FONASA) y del sistema asistencial público (SNSS).

El país ha logrado desarrollar un moderno y complejo sistema de salud, de gran cobertura nacional, cuya organización y estructura se mantiene relativamente similar a lo que fue establecido en la reforma neoliberal de la década de 1980, que abarcó a todo el Estado, los servicios públicos y promovió la privatización y crecimiento del sector privado. La estructura del sistema se ha hecho bastante compleja y dinámica, con su mezcla pública y privada de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios, bajo rectoría estatal a través del Ministerio de Salud.

En su evolución, cada fase del desarrollo del sistema de salud ha sido influida y facilitada por las condiciones políticas, económicas y sociales del contexto nacional que han predominado en cada período. Se ha logrado configurar paulatinamente, una compleja y dinámica organización nacional. Las diversas tendencias y necesidades de consolidación llevan a que dicho sistema esté bajo una lenta pero permanente transición hacia lograr su calidad esperada y a los objetivos que requiere cumplir.

1. DESARROLLO HISTÓRICO

El desarrollo del sistema formal de salud en Chile data ya de tiempos de la Colonia (mediados del siglo XVI), a partir de la creación de algunos centros asistenciales. Desde entonces, el sistema se ha expandido y consolidado paulatinamente en todo el país, hasta llegar a configurar una compleja y dinámica estructura con múltiples instituciones del ámbito público y privado, que en su conjunto alcanzan una alta cobertura nacional en el ámbito financiero, previsional y asistencial.

Ese desarrollo ha sido favorecido por el avance de varias dimensiones del progreso global del país y de la organización del Estado. Entre los factores que han favorecido el progresivo desarrollo del sistema de salud, destacan:

- El desarrollo global del país (interacción positiva entre salud y desarrollo);
- El progreso en empleo, ingresos, educación, vivienda, saneamiento, otros determinantes sociales y de condiciones de vida de la población;

- El desarrollo de políticas públicas y sociales (con leyes, protección social, aseguramiento y asistencia en salud);
- El desarrollo del sistema de protección social global y de salud;
- El rol subsidiario del Estado;
- Las condiciones públicas y privadas para lograr una gran cobertura asistencial nacional;
- El importante aporte fiscal al sistema de salud, especialmente a FONASA y el SNSS;
- La aplicación del avance técnico y científico en medicina a la provisión de servicios asistenciales; y
- El aumento en cantidad y competencias del personal en salud, con distintos grados de uso de complejidad técnica asistencial.

En términos operacionales, es posible identificar cinco períodos principales en el desarrollo del sistema de salud:

Período de servicios locales de salud (1552 a 1917)

La creación y crecimiento de ciudades y poblados a través del país, se acompañó del desarrollo de hospitales y otros servicios de la medicina que inicialmente estaban bajo responsabilidad y cobertura local, especialmente con instituciones de tipo filantrópico, caritativo o de beneficencia. Como hitos del período, destaca la creación del Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia (1886), que ordena las organizaciones y hospitales locales; la Junta Nacional de Salubridad (1887) para asesorar al gobierno en materias de salubridad y organización nacional del sistema; y el Consejo de Higiene Pública (1892) que asume funciones de gestión nacional del incipiente sistema.

Período de maduración social y del sistema de salud (1917 a 1952)

En la primera mitad del siglo XX, se logró estructurar e integrar más formalmente las entidades de asistencia, protección y seguridad sanitaria de la población. En este período surge

una serie de leyes de protección social y laboral, con diversos beneficios sociales a la población y que incluyen aspectos de salud; ello fue favorecido por la formación del Estado de Bienestar y la influencia de las organizaciones de trabajadores. La orientación del progreso social proviene de los avances logrados en Europa, tanto en la protección y seguridad social como en la organización nacional de servicios de salud.

Entre los hitos del período destaca que en 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales, que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054); esta última fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. Posteriormente surgieron varias leyes relacionadas con salud y trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva. En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

Período del Servicio Nacional de Salud (1952 a 1973)

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, basado en el modelo británico, aunque con algunas diferencias institucionales como el nivel primario, y también integró algunas otras entidades públicas que previamente prestaban servicios de salud. Durante su existencia, el SNS llegó a ser la principal institución nacional de salud, con 120 mil funcionarios distribuidos en una red que alcanzó una importante cobertura geográfica y de población. Su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas. El SNS era financiado principalmente por aportes fiscales y por aportes previsionales. Con bastante menor cobertura, también existían otras entidades previsionales y asistenciales de salud con baja cobertura, como aquellas dependientes de universidades, otras empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. La atención privada cubría principalmente a personas sin seguros de

salud y a asegurados en SERMENA que usaban el sistema de libre elección (modalidad creada en 1968). La atención sanitaria pública y privada cubría prácticamente a todos los trabajadores y cargas tanto de SERMENA y los beneficiarios del SNS (que incluía a indigentes), lo que a su vez presentaba una cobertura de alrededor de 90% de la población.

Período de reformas neoliberales (1973 a 1990)

La reforma radical del sistema de salud que se llevó a cabo en este período fue coherente con la reforma política y económica global adoptada bajo el régimen militar. Sus principios y el modelo adoptado se basan en la línea de postulados neoliberales internacionales promovidos por la Universidad de Chicago (donde se educaron los economistas gubernamentales más influyentes del período) y el Banco Mundial. Se buscó cambiar y reducir drásticamente el rol y la importancia del Estado, enfocado esencialmente en un rol subsidiario. Similar a lo ocurrido en otros servicios públicos, se produjo una marcada reducción de financiamiento y de personal en el sistema público de salud; hubo descentralización con nivel primaria delegado a la administración municipal y se inició una privatización directa o indirecta de parte de sus funciones, con gran fomento del mercado privado de salud.

El hito principal ocurrió en 1979, cuando en virtud del Decreto Ley 2.763/1979 se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas, y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada Ley de Salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público. Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de los

establecimientos ambulatorios de nivel primario a las municipalidades.

Desde 1979, el sistema de salud se ha diversificado, y se ha estructurado de forma global y coherente con la reforma neoliberal aplicada simultáneamente a la economía, la política y al Estado en los años 80. Bajo ese enfoque, se espera que el Estado asuma un rol esencialmente subsidiario y de corrección de “imperfecciones” del mercado. Como resultado, el sistema asistencial de salud es dual (público y privado) y está conformado por múltiples y heterogéneas entidades públicas y privadas, las que se encuentran entremezcladas y abiertas a la atención potencial de toda la población, independiente de la situación de aseguramiento de cada persona.

El modelo estructurado bajo esta base normativa ha recibido reformas específicas posteriores; sin embargo, la vigencia y organización global del sistema aún se mantiene bastante similar a la concepción y estructura original del modelo, incluyendo todo el aspecto financiero, previsional y asistencial de salud.

Período de gobiernos democráticos (desde 1990)

Desde 1990, gobiernos consecutivos de distinto signo se han concentrado en administrar al sistema de salud que, a pesar de distintos esfuerzos de fortalecimiento y reforma, mantiene su estructura relativamente similar a la establecida desde la reforma neoliberal. El marco legal, político y económico vigente tiende a influir en la mantención de la organización global, con cierta rigidez que dificulta generar nuevas leyes para efectuar los cambios o reformas sustanciales que se necesitan. Ello sigue determinando que se mantenga sin mayores variaciones, la modalidad financiera, previsional y asistencial del sistema de salud.

Se ha logrado un paulatino fortalecimiento e inversiones, pero con recursos relativamente insuficientes respecto al crecimiento de la demanda asistencial, con algunas condiciones limitantes que ameritan una reforma estructural.

Se ha buscado ampliar la protección social en salud, y recuperar parcialmente la crisis de tipo financiero, de otros recursos y de su gestión. Se ha logrado establecer o fortalecer programas centrados en los derechos y necesidades principales de la población, como lo establece la parte de salud del programa Chile Crece Contigo y la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Entre las reformas específicas del sistema de salud, destaca aquella realizada en 2005 sobre la autoridad sanitaria. A través de la Ley de Autoridad Sanitaria se modificaron algunos aspectos de la normativa del Ministerio de Salud y el SNSS y se buscó establecer una serie de cambios sectoriales, entre los cuales destaca:

- Se formuló una nueva concepción de la autoridad sanitaria.
- Se buscó fortalecer y resguardar la calidad del sistema, con la creación de la Superintendencia de Salud. Ello incluyó la Subsecretaría de Redes Asistenciales, responsable de la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del SNSS.
- Se plantearon distintas modalidades de gestión y dirección de centros de la red asistencial.
- Se buscó fortalecer la participación ciudadana.
- Se buscó aumentar la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud y los estándares de calidad que son exigibles.

En esa reforma se incluyó el Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES) que busca asegurar el acceso oportuno a servicios de calidad de atención ante un conjunto de patologías que, desde una lista original de 25 seleccionadas, se ha logrado ampliar hasta cubrir un grupo de 87 problemas de salud. patologías que cubren más del 70% de carga de enfermedad.

La reforma de 1979 había separado las funciones en la rectoría, gestión y desempeño, junto a la descentralización ocurrida a nivel regional y local del SNSS. En 2005, esas funciones se volvieron a unir en torno al Ministerio de Salud, que asumió no sólo como ente rector y normativo central del

sistema público, sino que se convirtió en gerente superior del SNSS (algo similar al antiguo SNS, que incluso era una entidad estatal distinta al Ministerio de Salud). En consecuencia, el SNSS se transformó de facto en un sistema ministerial de salud, de fuerte centralización gerencial.

Aún sigue pendiente concretar una reforma que permita mejorar efectivamente el financiamiento, el nivel y distribución del recurso humano y físico, fortalecer el desempeño, o adaptarse de modo más dinámico a responder en forma adecuada a las nuevas y diversas necesidades de salud de la población, mientras que esta última ha continuado con un gran crecimiento de la demanda asistencial, con mayor requerimiento tecnológico. Al menos desde 2010, se han propuesto una serie de diversas reformas del sistema de salud, desde programas y comisiones gubernamentales, y centros de estudio. Las propuestas tienden a resaltar aspectos de fortalecer al sistema FONASA, convertir al sistema ISAPRE en un seguro social, desarrollar un plan universal de salud, fortalecer y adecuar la estructura y fortalecimiento del SNSS, e integrar mejor al sistema de salud global.

En 2022 y al inicio de un nuevo gobierno, se planteó una reforma del sistema de salud desde dos fuentes coincidentes: el Programa de Gobierno 2022-2026 y la propuesta de nueva Constitución 2022 (rechazada en un plebiscito nacional). En los cambios más relevantes planteados en la propuesta gubernamental destacan la configuración de un Sistema Universal de Salud, la creación de un Servicio Nacional de Salud, el aumento sustantivo del financiamiento, la calidad esperada del nuevo sistema de salud, el rol de la atención primaria de salud, y el rol de las instituciones privadas de seguros y atención de salud.

2. POLÍTICAS Y PLANES DE SALUD

Las políticas de salud constituyen el conjunto de mecanismos legales, estrategias y acciones, especialmente bajo el rol estatal y la rectoría del Ministerio de Salud, que son adoptadas para contribuir al adecuado funcionamiento y

progreso del sector salud, en torno al resguardo y mejoría del nivel de salud de la población. Pueden relacionarse o integrarse con otros tipos de políticas nacionales, como las sociales, o referirse a un aspecto específico de la salud.

Chile ha adoptado el enfoque de “Salud en todas las políticas” de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que busca la integración o sinergias de las políticas de salud con aquellas políticas de otros sectores, para mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria en el contexto de salud y desarrollo. Ese enfoque también es coherente con la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS).

El Ministerio de Salud formula periódicamente estrategias, políticas y planes sanitarios nacionales. El conjunto de importantes políticas sanitarias, protección social, cobertura y desarrollo sectorial global, buscan el logro de la agenda nacional de salud. La protección social y sanitaria se enfoca bajo el rol subsidiario del estado, concentrado en los más pobres y vulnerables. La seguridad social y sanitaria está abierta a la opción pública y privada, aunque el Estado mantiene una cobertura sobre quienes no pueden acceder al sistema privado o cotizar en el sistema público.

La agenda sanitaria de la última década enfatiza que se requiere una mayor equidad en la distribución del recurso asistencial que favorezca acceso a una atención de calidad y responda apropiadamente a las necesidades de los diversos grupos de la población.

Desde 2001, el Ministerio de Salud plantea estrategias nacionales de salud. La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y luego la Estrategia Nacional de Salud al 2030 contienen una serie de Objetivos Sanitarios y Estratégicos con indicadores que constituyen parámetros de referencia en salud (para enfermedades transmisibles, no transmisibles, salud materno-infantil, factores de riesgo y otros).

La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 planteó los siguientes Objetivos Sanitarios: 1) Mejorar la salud de la población; 2) Disminuir las

desigualdades en salud; 3) Aumentar la satisfacción de la población frente a los servicios de salud; y 4) Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias. Dicha Estrategia incluyó 9 objetivos estratégicos, 50 Metas Sanitarias para 2020 y 64 indicadores de impacto. Para la consecución de las metas, planteó una serie de estrategias, denominadas Resultados Esperados, medidas a través de 513 indicadores.

Los objetivos institucionales y sanitarios planteados en la Estrategia Nacional de Salud para 2020 son un concreto referente de progreso. Siendo una propuesta técnico-normativa, cabría revisar o refinar lo esperado, pues no se acompaña de una planificación concreta para lograr una “inflexión” en las tendencias y proyecciones estimadas: cabe pasar de “estrategia” a “plan” concreto (con financiamiento, otros recursos y acciones que permitan, tanto a nivel nacional como en cada una de las regiones).

El nivel medio alcanzado por los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), donde participa Chile, contiene indicadores de salud y desarrollo que pueden servir de excelente referente de progreso de desarrollo y salud, para el caso de Chile. En relación con esa referencia, cobra particular relevancia mejorar el nivel de ingresos de la población chilena (que se ubica entre los de más bajo nivel), y las condiciones del ambiente (en que Chile aparece entre los de peores condiciones ambientales).

En forma imprevista y aún en curso, el sector sanitario ha tenido que hacer frente a la muy seria epidemia causada por el COVID-19. Además, se consideran que son equivalentes a epidemias persistentes y relevantes, aquellos problemas de salud en la población que se relacionan con los factores de riesgo generados por el comportamiento humano, como el hábito de fumar, el consumo de alcohol y la mala nutrición por exceso (con el consecuente aumento de prevalencia de sobrepeso, obesidad y

enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial).

La Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 busca estar en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) formulados por las Naciones Unidas para el 2030. La Estrategia estableció, cuatro Objetivos Sanitarios, siete Ejes Estratégicos y 44 temas o prioridades en salud para la Década 2021-2030. Los cuatro Objetivos Sanitarios se refieren a: mejorar la salud y el bienestar de la población; disminuir las inequidades en salud; asegurar la calidad de la atención en salud; y avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables. A su vez, los siete Ejes Estratégicos se remiten a:

1. Medio Ambiente y Entornos Saludables
2. Estilos de Vida
3. Enfermedades Transmisibles
4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Violencia
5. Funcionamiento y Discapacidad
6. Emergencias y Desastres
7. Gestión, Calidad e Innovación

El Eje Estratégico 7 está más relacionado con el sistema de salud e incluye prioridades relacionadas con: infraestructura y equipamiento; participación social; tecnología e información en salud; calidad de la atención; donación y trasplantes de órganos y tejidos; gestión del personal; financiamiento del sector; y salud digital.

3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El sistema global de salud forma parte del **sector salud**, que es un área más amplia relacionada con el quehacer nacional y los temas en los que actúa el Estado, en coordinación con otros sectores, en torno a salud y desarrollo. El sector salud forma parte de la sociedad organizada y del quehacer nacional, y está integrado por todas aquellas entidades, bienes y servicios que directa o indirectamente se relacionan con el objetivo de

promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, en el ámbito individual y colectivo de la población.

El **sistema de salud** es el conjunto formal y organizado de entidades públicas y privadas que se relacionan con algunas de sus funciones como rectoría, administración, financiamiento, aseguramiento, recursos y provisión de bienes y servicios sanitarios, en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud, con el fin esencial de contribuir a resguardar la salud de la población, respondiendo a las necesidades de salud y la demanda asistencial.

En complemento, el **sistema informal de salud** corresponde principalmente a la medicina popular o tradicional (como la medicina ancestral), destacando una visión alternativa de salud-enfermedad y énfasis en el uso de plantas y hierbas medicinales. También incluye a las actividades sanitarias adoptadas por la comunidad organizada y el autocuidado de las personas, que surge tanto del medio cultural de cada grupo, como de la falta de acceso al sistema formal de salud; en esto último se incluye la acción de las farmacias comerciales, donde acuden muchas personas sin acceso a la atención médica por los problemas de salud que les aquejan.

En el cuadro 1 y la figura 1 se sintetiza un esquema del sistema de salud en Chile, según el rol asumido por las diversas entidades (financiamiento, compradores, proveedores, usuarios), tanto en el sector público como privado (con y sin fines de lucro), donde destaca el SNSS.

En el sistema de salud chileno se reconoce una serie de funciones que son ejercidas por diversas entidades, tanto del sector público como privado. Entre ellas, destacan aquellas destinadas a contribuir con:

- (a) El rol rector y (b) regulador, que es ejercido por el Ministerio de Salud.
- (c) El financiamiento, que tiene múltiples fuentes provenientes del Estado, de cotizaciones de

trabajadores y empresas, más el pago directo de las personas.

(d) El aseguramiento o previsión de salud, a cargo de diversas entidades públicas y privadas de seguros de salud, principalmente FONASA e ISAPRES y las Cajas de Previsión de las Fuerzas Armadas y de Orden.

(e) La provisión de servicios asistenciales (atención de salud), a cargo de un numeroso y heterogéneo conjunto de personal sanitario y centros asistenciales de salud hospitalarios y ambulatorios, tanto públicos como privados.

Cuadro 1. Principales entidades que participan del sistema de salud en Chile, según función y sector

Función	Sector estatal o público	Sector privado
Rectoría	- Estado (Ministerio de salud)	
Regulación	- Estado (Ministerio de Salud, con la Superintendencia de Salud)	
Financiamiento	- Estado - Cotización de trabajadores - Copago por bienes y servicios - Pago de bolsillo	- Empresas privadas - Cotización de trabajadores - Copago por bienes y servicios - Pago de bolsillo
Aseguramiento	- FONASA - Cajas de Previsión de FFAA Armadas y de Orden - Otros seguros públicos	- ISAPRE - Seguros de salud complementarios - Mutuales de Empleadores - Seguros específicos (escolares, transporte)
Provisión de servicios asistenciales	- Hospitales del SNSS - Centros ambulatorios del SNSS, incluye administración municipal de APS - Hospitales de FFAA y otros estatales	- Hospitales y clínicas - Centros asistenciales ambulatorios - Laboratorios - Centros de imagenología - Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico

Fuente: C. Gattini (2010)

En su función, el Ministerio es apoyado por sus organismos dependientes: el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. El rol regulador está especialmente a cargo de la Superintendencia de Salud, que controla a las entidades aseguradoras (ISAPRES y al FONASA), y fiscaliza a los prestadores de servicios de salud. El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) es la entidad asistencial pública.

El Ministerio está representado en las regiones por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud. Desde 2005, el Ministerio de Salud cuenta con dos Subsecretarías: la de Salud Pública se enfoca en

elaborar y velar por el cumplimiento de las políticas, normas y planes sanitarios, coordinando el funcionamiento de las otras dependencias del Ministerio, como FONASA y el ISP. La Subsecretaría de Redes Asistenciales está a cargo de las materias relativas al funcionamiento del SNSS, con sus Servicios de Salud y organismos dependientes como la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST).

La Superintendencia de Salud, aunque es una dependencia ministerial, está constituida como organismo autónomo. Se dedica tanto a fiscalizar los fondos y seguros previsionales y los prestadores públicos y privados, así como a velar por el cumplimiento de estándares de calidad, especialmente a través de procesos de acreditación.

Cuadro 2 Modelos coexistentes en el sistema de salud de Chile

Subsistema o programa de aseguramiento	Fuente de Financiamiento	Sistema de reparto	Rentabilidad operacional	Prestadores de servicios de salud	Prestaciones o beneficios	Tipo de modelo
FONASA Categoría A	Estado	Si	No	En sistema público	Según normas técnicas	Beveridge
FONASA Categoría B, C, D	Estado, Cotización de trabajadores	Si	No	En sistema público o privado	Según normas técnicas	Bismarck
ISAPRE abierta	Cotización trabajadores y no trabajadores	No	Si	Atención preferente en sector privado	Según planes individuales	Mercado
ISAPRE cerrada	Cotización de trabajadores	No	No	Atención preferente en sector privado	Según planes individuales	Mercado
Previsión Fuerzas Armadas y de Orden	Estado Cotización de trabajadores	Si	No	Atención preferente en centros propios de atención	Según normas técnicas	Bismarck
Seguros privados voluntarios (complementarios)	Clientes voluntarios	No	Si	En sistema público o privado	Según planes individuales	Mercado
Mutuales de seguridad	Cotización de empleadores	Si	No	Atención preferente en centros propios de atención	Según normas técnicas	Bismarck
Instituto de Salud Laboral	Cotización de empleadores	Si	No	Función administrativa	Según normas técnicas	Bismarck
Programa GES	Estado, FONASA o ISAPRE	No	No	Sistema público o privado	En patologías seleccionadas	Bismarck
Subsidio por Incapacidad laboral	FONASA o ISAPRE	No	No	Función administrativa	Financiamiento por licencia	Bismarck

Fuente: Gattini y Morales, 2023

Cuadro 3 Características organizacionales del Sistema de Salud en Chile y referencia de modelos de sistemas de salud en otros países

Dimensión	Aspecto	Comentario	Sistema chileno	Ejemplo de países
Modelo de sistema de salud	Universal (Beveridge)	Cubre a toda la población		Reino Unido, países del Caribe Inglés, Cuba, Brasil
	Asistencial (de protección social)	Enfocado en pobres y quienes no tienen acceso a seguridad social	X	Bolivia, Ecuador, Paraguay
	Seguridad social (Bismarck)	Enfocados en quienes tienen seguridad social (trabajadores que cotizan y beneficiarios)	X	Alemania, Holanda, Uruguay
	Mercado	Seguro y atención de salud provista por entidades privadas	X	Estados Unidos de América
Rectoría	Concentrada en autoridad central de gobierno	Se usa en general en países con sistemas nacionales basados en aporte fiscal total	X	Caribe Inglés, Cuba
	Combinada con rectoría regional de relativa autonomía	Gobierno central aporta marco legal y normativo que autoridades regionales adoptan con cierta autonomía		Países federales como México y Brasil.
Financiamiento del sistema de salud	Distintas fuentes simultáneas	Los fondos del sistema provienen desde distintas fuentes y modalidades de pago	X	Mayoría de los países
	Aporte fiscal (impuestos)	Puede ser fondo que cubra el total de financiamiento, o bien parcial	X	Reino Unido
	Seguro obligatorio (público o privado) de salud	Puede cubrir asistencia integral o un paquete de beneficios	X	Alemania, Holanda, Suiza
	Copago	Tarifas que pueden ser fijadas por proveedor o asegurador	X	Mayoría de los países con seguros de salud
	Pago directo	Pago por atención no cubierta por protección social o algún seguro de salud	X	Áreas de países sin cobertura total de seguros
	Cobertura parcial	Son beneficiarios quienes reúnen ciertos requisitos (protección o seguridad definidos)	X	Mayoría de países de Latinoamérica
Provisión de servicios asistenciales	Público y privado	Hay combinación de entidades proveedoras públicas y privadas	X	La mayoría de los países
	Estatal	El sistema de salud es estatal y no hay participación del sector privado		Cuba
	Privado	Las entidades proveedoras son privadas		Estados Unidos

Fuente: Gattini y Morales, 2023

3 MODELOS COEXISTENTES EN EL SISTEMA DE SALUD

Diversos tipos de modelo coexisten en el sistema de salud chileno, destacando que FONASA es de tipo seguridad social (tipo Bismark), aunque su categoría A utiliza fondos estatales para atención gratuita en el SNSS tipo Beveridge). Los seguros y proveedores asistenciales privados tienen una modalidad de mercado. Esos modelos tienden a concentrarse en distintos tipos de población, especialmente en relación con la condición de aseguramiento, destacando que los asegurados públicos pueden acceder a servicios asistenciales privados. Los componentes específicos del sistema tienen características que responden a distintos modelos (Cuadros 2 y 3)

4 RECTORÍA Y REGULACIÓN

El marco legal y normativo que sustenta al sistema de salud es complejo y determina los elementos específicos para ordenar la organización y funcionamiento del sistema, determinando los lineamientos, responsabilidades y funciones asignadas para el adecuado desempeño del sector. El marco normativo determina las funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud.

Dicho marco se basa en los diversos documentos normativos utilizados por el Ministerio de Salud, que en su conjunto determinan los diferentes tipos de entidades y roles o funciones cumplidas en el sistema de salud. En la Ley de Autoridad Sanitaria de 2005, se planteó el fortalecimiento de la calidad de los servicios de salud, para lo cual destaca:

- La Superintendencia de Salud asumió un rol de directa regulación y control de prestadores asistenciales, tanto individuales como institucionales, ya sean públicos o privados;
- Se establece la acreditación de prestadores asistenciales, ya sea institucionales o personales (públicos o privados), de aplicación periódica;
- Se formaliza una más exigente normativa ministerial para asegurar un efectivo

desempeño y cumplimiento de planes y programas;

- Se producen mecanismo y requerimientos para la mejora continua de la calidad; y
- Se formaliza el uso de criterios de calidad (ISO 9001-2000)

En el caso chileno, las referencias para orientar la mejoría permanente de calidad se encuentran en una serie de normas y mecanismos que utiliza el Ministerio de Salud en su rol rector y regulador. Entre esos instrumentos, destacan:

- La legislación y marco normativo institucional
- Normas, guías, protocolos, acreditación, planes y programas
- Evidencia técnico-científica
- Contexto normativo, incluyendo capacidad resolutoria y referencia
- El Código Sanitario
- Ley de Financiamiento 19.888 de 2003
- Estatuto de Administración Municipal
- Ley de instituciones de salud previsual 20.015 de 2005
- Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión 19.937 de 2004
- Ley de Garantías explícitas en salud 19.966 de 2004
- Ley sobre Derechos y Deberes de las personas relacionadas con la atención de salud 20.584 de 2012.

El Código Sanitario vigente data de 1968 (DFL 275) y rige sobre una serie de aspectos relacionados con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes, salvo aquellas cuestiones cubiertas por otras leyes. Se le han hecho algunas actualizaciones y está actualmente en revisión para refinarlo. Cubre diversos temas relacionados con la salud pública, a través de diversos libros o capítulos:

- Protección y promoción de la salud

- Profilaxis sanitaria internacional
- Higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo
- Productos farmacéuticos, alimenticios, cosméticos y artículos de uso médico
- Ejercicio de la medicina y profesiones afines
- Establecimientos del área de la salud
- Observación y reclusión de los enfermos mentales, de los alcohólicos y de los que presenten estado de dependencia de otras drogas y sustancias
- Inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres
- Aprovechamiento de tejidos o partes del cuerpo de un donante vivo y de la utilización de cadáveres o parte de ellos con fines científicos o terapéuticos
- Procedimientos y sanciones

La Superintendencia de Salud, en su rol de resguardar y controlar la calidad de los prestadores asistenciales de salud, establece una serie de ámbitos que deben ser considerados en la calidad:

- Respeto a la dignidad del paciente: El prestador institucional provee una atención que respeta la dignidad del paciente y resguarda principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.
- Gestión de la calidad: El prestador institucional cuenta con política y programa orientados a garantizar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a los pacientes.
- Gestión clínica: El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.
- Acceso, oportunidad y continuidad de la atención: El prestador institucional posee una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada, tomando en consideración prioridades dadas por la

gravedad de los cuadros clínicos y la presencia de factores de riesgo.

- Competencias del recurso humano: La atención de salud de los pacientes es realizada por personal que cumple con el perfil requerido, en términos de habilitación y competencias.
- Registros: El prestador institucional cuenta con un sistema estandarizado de registro de datos clínicos y administrativos de los pacientes.
- Seguridad del equipamiento: El equipamiento clínico cumple con las condiciones necesarias de seguridad para su funcionamiento y es operado de manera adecuada.
- Seguridad de las instalaciones: Las instalaciones del prestador institucional cumplen las condiciones necesarias para garantizar la seguridad de los usuarios
- Servicios de apoyo: provistos por el prestador institucional para resguardar la seguridad de los pacientes.

5 EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

El SNSS es el principal prestador de servicios asistenciales en el país, por la gran magnitud de su estructura y desempeño, su cobertura poblacional de alrededor de 80% y por tener una red asistencial distribuida en todos los sectores poblados del país. Es esencial conocer sus alcances, aspectos críticos y desafíos de progreso.

El marco normativo del SNSS define su organización, estructura y funciones centradas en la provisión de servicios asistenciales. Dispone de 29 Servicios de Salud que disponen de una red asistencial de ámbito regional o subregional. El SNSS también incluye a aquellas instituciones que se adscriben a través de convenios, destacando los municipios y los servicios delegados en comodato. Las características del modelo organizacional del Sistema Nacional de Servicios de Salud, según sus diversas dimensiones y funciones, se sintetizan en cuadro 4.4.

Cuadro 4 Modelo Organizacional del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

Dimensión	Aspecto	Comentario
Modelo de sistema público	Aspectos colectivos de cobertura universal	Cubre a toda la población en cuanto a promoción y prevención colectiva
	Cobertura asistencial parcial	Cobertura asistencial de asegurados públicos (FONASA)
	Relacionado con la seguridad social	Cobertura parcial, enfocado en quienes tienen protección y seguridad social (trabajadores que cotizan y beneficiarios, y pobres).
Grado de descentralización	Gestión normativa centralizada	La autoridad nacional establece el marco normativo, la regulación y mantiene una activa gestión nacional sobre el sistema
	Ejecución descentralizada	La gestión de recursos y desempeño en base a normas y regulación nacional se ejecuta principalmente a nivel regional y de la autoridad local.
Rectoría	Concentrada en autoridad central de gobierno	Se usa en general en países con sistemas nacionales basados en aporte fiscal total
	Combinada con rectoría regional de relativa autonomía	Gobierno central aporta marco legal y normativo que autoridades regionales adoptan con cierta autonomía
Financiamiento	Esencialmente estatal desde FONASA	Puede ser fondo que cubra el total de financiamiento, o bien parcial
	Pago directo	Para usuarios no asegurados o cuyo seguro no cubre la prestación
	Aporte municipal	En centros de nivel primario bajo administración municipal
Cobertura legal	Parcial	La población objetivo son los asegurados de FONASA
Facilitador económico de acceso	Gratis al momento de uso en su modalidad institucional	En los sistemas que cubren a toda la población, según necesidades individuales
	Pequeño pago al momento de uso en no beneficiarios	Busca evitar la sobre demanda innecesaria
Gestión global del sistema	Centralizada	Tiene una gerencia central de facto, en la Subsecretaría de Redes Asistenciales
	Descentralizada	Los servicios de salud y municipios tienen relativa autonomía, bajo fuerte normativa central.
Gestión de redes asistenciales	Gestión y coordinación para la integración de redes asistenciales	Se enfoca en la coordinación administrativa y asistencial (sistema de referencia) que asegure la eficiencia asistencial de la red
Gestión de hospitales	Macro (nacional)	Un nivel central determina los aspectos organizacionales y de gestión para todo el funcionamiento de hospitales.
	Meso (regional)	Los grandes hospitales pueden tener cierta autonomía de gestión, como empresas privadas (hospitales auto gestionados)
	Micro Local	Los hospitales tienen una gestión cotidiana y detallada del recurso y funcionamiento
Gestión de nivel primario	Macro (nacional)	El nivel central determina en detalle la organización, gestión y desempeño que debe ser cumplida en cada centro asistencial
	Meso (regional)	El Servicio de Salud determina las características de gestión y desempeño, adaptado a la realidad de esa región
	Micro (local)	En centros bajo administración municipal, el municipio determina las características de gestión y desempeño local, adaptado a la realidad de esa localidad

Fuente: Elaboración propia.

El SNSS está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: • Servicios de Salud

- Fondo Nacional de Salud - FONASA
- Instituto de Salud Pública - ISP
- Central de Abastecimiento - CENABAST
- Instituciones que realizan convenios con SNSS, destacando los Municipios para la administración de APS y los Servicios delegados.

Su organización y funcionamiento se basa esencialmente en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud que le dio origen en 1979 (Decreto Ley 2.763). El marco legal y normativo que sustenta al sistema de salud es complejo y con elementos específicos sobre la organización y funcionamiento del sistema, determinando los principios, responsabilidades y funciones que corresponde cumplir para el adecuado desempeño del financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios de salud.

En esa documentación, destacan:

- El Reglamento Orgánico de Servicios de Salud (DL 2763, 1979)
- Convenios tipo y el Estatuto de Administración Municipal en Salud (Ley 19.378, 1995)
- El Régimen de prestaciones de salud (Ley 15.469, 1985)
- La Ley de Autoridad Sanitaria (Ley 19.937, 2004)
- El Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (Ley 19.966, 2004)
- La Estrategia Nacional de Salud al 2030.

Un listado más detallado sobre las referencias normativas relevantes para el sistema de salud se señala en el Anexo 2 de este documento.

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio

propio para la realización de las referidas acciones. Son 29 Servicios con asignación geográfica definida. (Cuadro 4.5) A la Dirección de Servicio de Salud le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales y Postas Rurales de Salud. La provisión de servicios asistenciales en el Sistema Nacional de Servicios de Salud está a cargo de 29 Servicios de Salud distribuidos en el país. En forma directa, tienen a cargo los hospitales y en algunos casos, centros de atención ambulatoria de nivel primario. La atención primaria de salud provista en centros de salud urbanos y rurales ha sido delegada a la administración municipal. Cada Servicio de Salud cuenta con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo con su cobertura poblacional y complejidad asistencial.

Las redes asistenciales de los Servicios de Salud

La red asistencial del SNSS cubre toda la geografía poblada del país y funciona de modo permanente. Ello le permite ofrecer servicios asistenciales públicos a la población, incluyendo a aquellos grupos que, por razones geográficas, previsionales u otras, no tienen capacidad de acceso al sector asistencial privado de salud. La red asistencial de cada Servicio de Salud se organiza en niveles de diversa complejidad de acuerdo con la normativa vigente, de acuerdo con su cobertura poblacional y complejidad asistencial (figura 2). La estructura de la red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio de Salud, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con dicho Servicio, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población (Ley 19.937 de 2004).

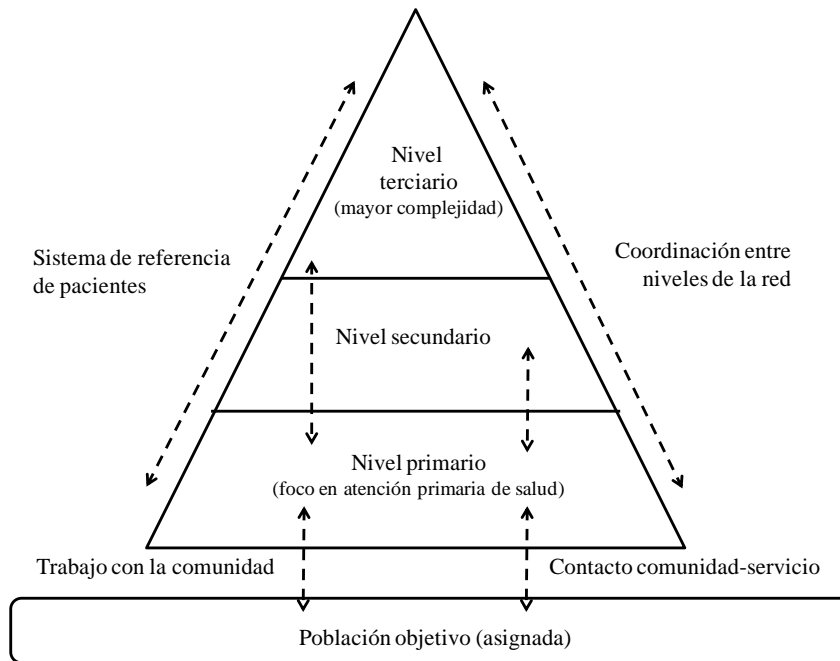
Cuadro 5 Población, comunas y cobertura de FONASA de los Servicios de Salud del SNSS, 2018

Región	Comunas n	Población (miles)	Cobertura FONASA %	Servicio de Salud	Comunas n	Población (miles)	Cobertura FONASA %
Arica y Parinacota	4	244,5	81,5	Arica	4	244,5	81,5
Tarapacá	7	361,9	67,2	Iquique	7	361,9	67,2
Antofagasta	9	656,8	66,3	Antofagasta	9	656,8	66,3
Atacama	9	309,6	79,6	Atacama	9	309,6	79,6
Coquimbo	15	814,5	79,0	Coquimbo	15	814,5	79,0
Valparaíso	38	1922,92	75,7	Aconcagua	10	277,9	82,1
				Valparaíso San Antonio	8	517,8	83,4
				Viña del Mar Quillota	20	1127,2	70,5
Metropolitana	52	7809,045	67,9	Metropolitano Central	4	1302,6	64,6
				Metropolitano Norte	8	1090,9	68,4
				Metropolitano Occidente	15	1307,1	78,3
				Metropolitano Oriente	8	1404,2	42,8
				Metropolitano Sur	10	1243,3	77,3
				Metropolitano Sur Oriente	7	1460,9	77,5
O'Higgins	33	972,7	79,9	Del Libertador B. O'Higgins	33	972,7	79,9
Maule	30	1112,3	81,4	Del Maule	30	1112,3	81,4
Bío-Bío	33	1650,1	81,9	Arauco	7	175,6	91,1
				Biobío	14	419,7	85,7
				Concepción	8	692,0	74,6
				Talcahuano	4	362,9	87,2
Ñuble	21	506,1	67,8	Ñuble	21	506,1	67,8
Araucanía	32	1004,7	83,5	Araucanía Norte	11	214,3	86,3
				Araucanía Sur	21	790,4	82,7
Los Ríos	12	402,2	81,7	Valdivia	12	402,2	81,7
Los Lagos	30	880,9	78,5	Osorno	7	246,4	81,4
				Del Reloncaví	13	454,6	75,3
				Chiloé	10	179,9	82,8
Aysén	10	106,4	76,3	Aysén	10	106,4	76,3
Magallanes	11	174,8	74,6	Magallanes	11	174,8	74,6
TOTAL	346	13976,3	73,8	TOTAL	346	13976,3	73,8

Nota: Proporción de cobertura FONASA 2018 reportada por FONASA es inferior a otra estimación de la misma fuente (75,2%)

Fuente: Elaboración propia, a base a INE y FONASA 2018

Figura 2. Modelo de red asistencial en los Servicios de Salud del SNSS



Fuente: Elaboración propia

El nivel primario tiene complejidad básica y amplia cobertura con atención ambulatoria en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales, cuyos nombres se han diversificado. El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración.

En ese nivel se desempeña esencialmente la atención primaria de salud; por ese motivo, la documentación y normativa ministerial tiende a denominar indistintamente “nivel primario de atención” y “atención primaria de salud” (APS). Allí se ejecutan principalmente los Programas Básicos de Salud de las Personas. Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo con las prestaciones que se brindan.

El nivel secundario, principalmente basado en especialidades básicas, cuenta con una

complejidad intermedia y de cobertura media. Este nivel actúa por referencia desde el nivel primario, y sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como hospitalización en establecimientos hospitalarios que también cuentan con atención ambulatoria provista de un consultorio adosado en ese tipo de establecimientos.

El nivel terciario se caracteriza por una cobertura reducida de población, concentrada en la referencia de pacientes desde otros niveles, y su alta complejidad tecnológica. Puede actuar como un centro de referencia no sólo para recibir pacientes desde de su propia área de red asistencial, sino que puede tener carácter regional, suprarregional y en algunos casos hasta cobertura nacional (como institutos de especialidades). Aunque este tipo de hospitales realiza actividades de alta complejidad, en general también realizan atención de nivel secundario de la población de la red asistencial correspondiente. Sus recursos humanos son de la más alta especialización y los elementos de apoyo

clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

El marco conceptual y normativo del nivel primario es determinado por el Ministerio de Salud y se ha incluido en el “Modelo de Atención de Salud Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, para su aplicación en los centros de nivel primario que desempeñan funciones de APS. Ese marco normativo considera a la APS como: (a) el nivel primario de atención de la red asistencial de los Servicios de Salud del SNSS y (b) un modelo, estrategia y acción sanitaria para el progreso y equidad en salud, en el contexto de salud para todos.

El desempeño del nivel primario es realizado principalmente por los equipos asistenciales de los centros ambulatorios de nivel primario de atención del SNSS, los que requieren contar con competencia y responsabilidades específicas para la ejecución efectiva de los programas de salud, en su población objetivo. Las actividades de APS incluyen servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, junto a trabajo directo con la comunidad y otros sectores, con soporte a cuidados de condiciones del ambiente (en caso necesario).

Alrededor del 90% de los centros de nivel primario están bajo la administración municipal de salud, modalidad que fue establecida en 1981, en línea con la reforma política, administrativa y sanitaria global aplicada en el país, que incluía la regionalización, descentralización y la reforma municipal tendiente a fortalecer los gobiernos comunales. Se entregó entonces al gobierno municipal, la gestión técnica y administrativa de la atención primaria de salud. Esos centros son administrados en base a convenios entre Servicios de Salud y municipalidades, y deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud.

El establecimiento de la administración municipal considera esencialmente seis objetivos:

- Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas al nivel comunal o local. Con ello se planteaba facilitar una administración descentralizada que atendiera las características y diversidades de cada comuna.
- Mejorar el control y fiscalización de los establecimientos muy alejados de las jefaturas de las Direcciones de los Servicios de Salud. Con ello se buscaba entre otros, flexibilizar la gestión del recurso humano.
- Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.
- Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura. Ello incluye movilizar recursos municipales.
- Hacer posible una mayor participación comunitaria en salud, en la base social.
- Permitir una mayor integración intersectorial, en especial con los sectores más importantes para salud como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, y otros.

Desde 1990, el nivel primario se ha fortalecido con mayor recurso y con normativa como el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal (Ley 19.378, 1995), que norma la administración, régimen de financiamiento y coordinación de ese nivel. También regula la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del respectivo personal que ejecute acciones de atención primaria de salud.

La experiencia ya histórica de esa modalidad de administración implica ventajas y desventajas simultáneas. En adición a la restricción global recursos y desempeño que sigue afectando a todo el nivel primario del SNSS, la modalidad de gestión municipal ha contribuido a mantener la desarticulación de la red asistencial, así como el déficit e inequitativa distribución de los recursos y diferente el desempeño entre las diversas comunas y centros de APS, de detrimento de los municipios con menores recursos que cubren poblaciones con menores condiciones socio-

económicas y de mayor vulnerabilidad social y de salud.

6 DESAFÍOS ORGANIZACIONALES

La expectativa neoliberal en la reforma sanitaria de los 80 se basaba en que, con el crecimiento esperado del país, la mayoría de la población tendría suficientes ingresos económicos para poder acceder a cobertura de seguros y atención privada de salud. Bajo esa expectativa, el sistema de aseguramiento y atención pública quedarían sólo para cubrir personas de menores recursos y pobres, incapaces de acceder al sistema de mercado privado.¹⁻³ Sin embargo, y en contra de esos pronósticos, el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) continúa siendo el principal proveedor asistencial del país. La red del SNSS supera la cobertura de 80% de la población en muchas de sus actividades asistenciales, y se ubica en todos los lugares poblados del país, destacando que su acción también alcanza a los grupos más pobres, vulnerables y de sectores rurales del país.

Desde la aplicación de la reforma original de los años 80, los diversos gobiernos han continuado bajo el mismo modelo imperante, en que se sigue buscando favorecer el desarrollo del sistema previsional y asistencial privado, en desmedro del sistema de seguro y asistencial públicos. De modo predecible, el SNSS ha acumulado deudas históricas (destacando que tuvo un gran abandono entre 1973 y 1990, mientras que se favorecía el crecimiento privado); además, el SNSS no se puede auto financiar en base al cobro de servicios asistenciales prestados a las personas.

Mientras que parte importante de los ingresos del SNSS son gubernamentales (basados a su vez en impuestos generales) otra parte proviene de FONASA (originada especialmente en cotizaciones), entidad que fija unilateralmente los costos por prestación y otros mecanismos, fondos que resultan insuficientes para recuperar los costos involucrados en los centros asistenciales y se presiona sobre los tipos de servicios preferentes a prestar.

Desde 1990, se han hecho importantes esfuerzos de mejoramiento (especialmente en el gasto en salud y aumento de recurso humano asistencial) pero ello aún resulta altamente insuficiente para recuperar al sistema global, con el fin de permitir un adecuado desempeño y responder al importante aumento en la demanda asistencial. Ello está siendo más crítico debido al importante aumento producido en los adultos mayores (y enfermedades crónicas) y el mayor gasto en salud que ese grupo está demandado, lo que se espera sea incluso mucho mayor a futuro.

El sistema de salud ha logrado un alto grado de cobertura legal y geográfica en la población, lo que a su vez ha contribuido al logro del nivel exhibido en de salud de su población. Sin embargo, existen importantes temas en que cabe evaluar y perfeccionar paulatinamente la estructura y desempeño de los sistemas de salud, respecto al financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, equidad en acceso, provisión e impacto y su pertinencia para responder a las necesidades prioritarias de salud de la población.

En el modelo normativo actual, el SNSS está potencialmente abierto a toda la población, independiente de la condición de aseguramiento, y en el nivel primario se estima una población inscrita. Para cumplir adecuadamente con su función de responder a las necesidades de salud de su población objetivo, el SNSS requiere contar con una adecuada y efectiva organización, estructura y desempeño en todos sus niveles y áreas geográficas, a través de redes asistenciales integradas y coordinadas en los Servicios de Salud.

El marco y normativo del sistema de salud es bastante complejo, con una gran interacción financiera entre sectores, sistemas de previsión y prestadores. Esa interacción incluye concesiones (tercerización, aspecto neoliberal de cuasi mercado que requeriría de revisión) y de funciones asistenciales entre beneficiarios previsionales públicos y privados, impiden una mayor identificación o separación analítica entre sectores público y privado. No se configuran

sistemas cerrados excluyentes, sino que comparten muchas funciones interrelacionadas.

El parámetro de progreso del sistema de salud en Chile está dado por la posibilidad de fortalecer y consolidar la normativa vigente, en torno a mejorar el financiamiento, eficiencia, y capacidad efectiva frente a las necesidades y demanda de la población, y a una recuperación más efectiva y oportuna de las falencias y limitaciones del sector asistencial público.

Ello también implica revisar y redefinir aspectos de financiamiento y gestión relevantes, que es más crítico en los hospitales más complejos y en la administración municipal del nivel primario de atención; ello incluye la revisión del rol y beneficios esperados de la administración municipal, así como de la modalidad de tercerización (compra de servicios externos) y de la concesión del funcionamiento y gestión del sistema público.

Conforme a la Ley de Autoridad Sanitaria, es preciso definir e implementar planes concretos de acción global (que incluya plazos, financiamiento, recursos y acciones definidas) a partir de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, tanto a nivel nacional como regional. En este sentido, es importante evaluar si los cambios considerados reformas de mediados de la década pasada (como Ley de Autoridad Sanitaria, auto gestión de hospitales, y aplicación progresiva el programa AUGE) han resuelto los problemas pendientes de la reforma original.

Se requiere fortalecer y adecuar el marco normativo relacionado con el SNSS (leyes, reglamentos, normas, planes y programas) en todos aquellos aspectos necesarios para poder asegurar que efectivamente se produzcan las condiciones para lograr un adecuado recurso y efectivo desempeño tanto a nivel nacional, como regional y local.

Los planes normativos, estratégicos y operativos requieren contar en consecuencia, con los suficientes recursos y mecanismos concretos, tendientes al logro esperado de dichos planes y programas. Cabe precisar qué recurso suficiente

se usará para apoyar cada aspecto programático y en qué período (y las brechas, si no es posible lograr un recurso suficiente).

El SNSS debiera ser asumido como una gran red solidaria e integrada, con delegación gerencial, pero con adecuada coordinación e integración de funciones entre los diversos niveles técnicos y administrativos. Ello evitaría la contradicción normativa y funcional actuales relacionadas con la coexistencia de descentralización y centralización normativa que producen una serie de limitaciones y desventajas en la práctica:

Los Servicios de Salud son legalmente entidades autónomas de ámbito territorial, pero su financiamiento y recurso asistencial es altamente dependiente del financiamiento aportado desde el nivel central, y con una estricta normativa definida centralmente y de modo vertical. Con ello, MINSAL se ha configurado como una poderosa gerencia central

En la práctica, la Dirección de esos Servicios tiende a tener autoridades bajo la designación y confianza central ministerial el gobierno de turno, a pesar de ser un cargo que debiera obtenerse objetivamente por concurso de Alta Dirección Pública (ADP), modalidad que requiere de revisión para asegurar su objetividad y selección de las mejores autoridades posibles.

Los hospitales “autogestionados”, que en general corresponden a aquellos de mayor volumen y complejidad asistencial, en la práctica dependen estrictamente del Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales) y no de los Servicios de Salud a los cuales pertenecen. Su autonomía está restringida por el presupuesto histórico que tienden a recibir y a brechas y necesidades de recursos que no son cubiertas en consecuencia a reportes de gestión.

El Ministerio de Salud aplica una visión de cuasi mercado, que determina roles de entidades catalogadas como “compradoras” (FONASA) o “prestadoras” (cada centro asistencial del SNSS, debiera ser más bien considerado una “sucursal” del SNSS y su red asistencial).

Se requiere resolver el dilema pendiente sobre la modalidad de administración municipal de salud, en torno a sus objetivos, ventajas y desventajas. Ello incluye evaluar el cumplimiento de sus objetivos originales y abordar las causas que impiden mejorar y consolidar el nivel primario global (municipal y no municipal), con especial foco en resolver la fragmentación, atomización, inequidad y las desiguales limitaciones críticas del recurso y desempeño.

La normativa vigente sobre administración municipal indica que, en caso necesario, el municipio aporta fondos municipales a los centros de nivel primario. Pero ello resulta más limitado y crítico en municipios de comunas con población pobre, donde el municipio tiene limitados fondos. Ello contribuye a la persistente fragmentación del sistema y la inequidad asistencial.

Con el fin de orientar un fortalecimiento del sistema de salud en términos de equidad, es necesario mantener un efectivo monitoreo sobre el financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios, equidad en acceso, provisión e impacto y su pertinencia para responder a las necesidades prioritarias de salud de la población.

La Estrategia Nacional de salud esboza que, entre los objetivos prioritarios de la década actual, se pretende mejorar la calidad y seguridad de la atención, satisfacción de usuarios, el modelo de atención, incorporación de tecnologías de comunicación y la información en la gestión y la atención, y mejor acceso a medicamentos. Ello incluye desarrollar y consolidar el sistema de salud con base en la Atención Primaria (APS) y redes integradas de atención. Sin embargo, aún es

necesario fortalecer el enfoque en APS, la promoción y prevención, y el trabajo con la comunidad, así como la integración de las redes asistenciales.

Entre los mecanismos orientados a mejorar la calidad de la atención, la Superintendencia de Salud realiza acreditación a establecimientos y el Ministerio de Salud desarrolla programas como el de reducción de listas de espera. Estos esfuerzos son importantes y se requiere conocer su concreción, expansión y utilidad para mejorar la gestión y el desempeño eficiente y efectivo de los servicios de salud, tanto públicos como privados. El rol global de la Superintendencia de Salud es muy importante para monitorear y orientar el debido fortalecimiento del sistema global de salud y resguardo de los derechos de los pacientes.

REFERENCIAS

MINSAL (2016) “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2009”. Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2016.

MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

“Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales. Atención Abierta”, Superintendencia de Salud. Chile. Ministerio de Salud, 2009.

Disponible en
http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf

Marco normativo relevante del sistema de salud

- DL 2763. Reglamento Orgánico de Servicios de Salud (1979)
- Convenios tipo para la administración municipal en salud
- Ley 15.469. Régimen de prestaciones de salud, del SNSS (1985)

- Ley 19.937 Ley de Autoridad Sanitaria (2004)
- Ley 19.966 Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (2004)
- Estrategia Nacional de Salud 2011-2020
- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red (MINSAL, 2009)
- Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MINSAL, 2012)
- Ley de Financiamiento para objetivos sociales del gobierno (Ley 19.888/2003)
- Ley 20.015. Ley de instituciones de salud previsional (2005)
- Ley 20.584. Derechos y Deberes de las personas relacionadas con la atención de salud.
- Ley 18.834. Estatuto Administrativo
- Ley 18.575 Bases Generales de la Administración del Estado
- DL 2763 (1979). Reorganiza el Ministerio De Salud y crea los Servicios de Salud, El Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Ley No 19.937 (2004) que modifica el DL 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
- Guía legal sobre el Plan GES.
- Metodología de Preparación, evaluación y priorización de proyectos de atención primaria del sector salud. Ministerio de Desarrollo Social (2013).
- Síntesis Ejecutiva. Programa De Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud. Ministerio de Salud (2005) MINSAL. Agosto de 2005.
- Decreto 38. Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud. Ministerio de Salud (2005).
- Marco Referencial. Hospitales de la Familia y la Comunidad. Serie Cuadernos de Redes No. 20. Ministerio de Salud (2008).
- Manual de procedimientos. Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud SIGGES 4ª Versión. Ministerio de Salud (2009)
- Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MINSAL, 2012) Ministerio de Salud (2012)
- Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. Ministerio de Salud (2012)
- Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS). Orientación técnica y metodología de evaluación. Ministerio de Salud (2014)

- Manual metodológico. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Ministerio de Salud (2014).
- Mapas de proceso de atención de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2015.
- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2016”. Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2016.
- Manual Series REM 2016. Departamento De Estadísticas e Información De Salud. Ministerio de Salud (2016)
- Guía para la gestión del uso de medicamentos. Ministerio de Salud de Chile (2016)
- Orientaciones técnicas y metodológicas Compromisos de Gestión, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Formulación COMGES 2017. Ministerio de Salud (2017)
- Orientaciones para la planificación y programación en red 2023. Ministerio de Salud (2023)
- Decreto con Fuerza de Ley 1. 2005. “Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley 2.763, de 1797 y de las leyes 18.933 y 18.469”. Ministerio de Salud, República de Chile.
- Decreto con Fuerza de Ley 1. 2001. “Fija texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado”.
- Ministerio Secretaría General de la Presidencia, República de Chile. Decreto Supremo 136. 2005. “Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud”. Ministerio de Salud, República de Chile
- Ley 18.933. 1990. “Crea la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por Isapre y deroga el Decreto con Fuerza de Ley 3, de salud, de 1981”. Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley 19.378. 1995. “Establece estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal”. Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley 19.650. 1999. “Perfecciona normas del área de salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley 19.813. 2002. “Otorga beneficios a la salud primaria”. Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley 20.157. 2007. “Concede beneficios al personal de atención primaria de salud y modifica las leyes 19.378 y 19.813”. Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley 19.966. 2005. “Establece un régimen de garantías en salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley 20.250. 2008. “Modifica las leyes 19.378 y 20.157 y concede otros beneficios al personal de atención primaria de salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley 20.500. 2011. “Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública”. Ministerio Secretaría General de Gobierno, República de Chile.
- Ley 20.584. 2012. “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención en salud”. Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley 20.850. 2015. “Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos”. Ministerio de Salud, República de Chile.

- Ley N^a 19.966. Establece un Régimen de Garantías en Salud. República de Chile, Ministerio de Salud.
- Decreto N^o 170 de 2004. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. República de Chile, Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda.
- Decreto N^o 228 de 2005. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. República de Chile, Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda.
- Decreto N^o 44 de 2005. Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud. República de Chile, Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda.
- MINSAL (2007). Verificación del Costo Esperado por Beneficiario del Conjunto Priorizado de Problemas de Salud con Garantías Explícitas. Informe Final preparado por la Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile.