



EL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

Cesar Gattini

OCHISAP

Noviembre de 2018

Este documento presenta los aspectos relevantes del sistema de salud en Chile, incluyendo su contexto, desarrollo histórico, marco institucional, organización, estructura, recursos y servicios asistenciales. Se describe esencialmente el aspecto “formal” del sistema, pues también existe informal y comunitaria del sistema, como es la medicina popular y la de pueblos originarios, e incluso actividades sanitarias asumidas por la propia comunidad organizada.

El objetivo esencial del sistema de salud es contribuir a preservar y mejorar la salud de la población, especialmente a través de sus servicios asistenciales personales y colectivos, que buscan ser una respuesta coherente a las necesidades de salud y de atención de salud de los diversos grupos de la población.

El sistema de salud en Chile es bastante heterogéneo, pluralista (con una dinámica mezcla público-privada) y está conformado por diversas entidades con distintos roles y funciones. Considerando esta complejidad, el sistema de salud es sintetizado y descrito en base a sus principales características organizacionales, a las diversas entidades que participan tanto del sector público como privado (ya sean con o sin fines de lucro), las funciones que se cumplen (rectoría y regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios) y a la cobertura de cada entidad logra en la población beneficiaria o usuaria.

Esta síntesis describe esencialmente el aspecto formal, aunque cabe también considerar la parte informal y comunitaria del sistema, como es la medicina popular y la de pueblos originarios, e incluso actividades sanitarias asumidas por la propia comunidad organizada.

Cabe también indicar que en el medio social chileno, se tiende a denominar como “sistema de salud” sólo al componente asistencial, e incluso sólo al sistema asistencial público (el Sistema Nacional de Servicios de Salud). En este documento se procura presentar al sistema formal de salud del país en su globalidad, con su organización,

entidades participantes y principales funciones y servicios provistos.

A través de su historia y especialmente en las últimas décadas, Chile ha logrado un importante desarrollo global, reflejado por los indicadores de su nivel socio-económico. Ello ha favorecido y se ha acompañado de un notorio avance en el nivel de salud y de condiciones de vida y bienestar de la población. Sin embargo ese desarrollo ha sido desigual al interior del país, existiendo mejores condiciones de salud y de acceso a la atención de salud en aquellos lugares y grupos de población que cuentan con mejores condiciones socioeconómicas, en contraste con aquellos sectores más desfavorecidos, vulnerables y aislados. (1-6)

El avance en salud y en el sistema de salud se han favorecido el desarrollo de políticas sanitarias, con una mayor disponibilidad y cobertura de la protección social, del financiamiento y el aseguramiento en salud. Se ha acrecentado la estructura, desempeño y cobertura del sistema de salud, destacando que ha logrado alta cobertura en temas como el área materno infantil, reflejada en la cobertura universal de la atención hospitalaria y calificada del parto.

En la actualidad, el sistema de salud se ha hecho bastante complejo, conformado por múltiples entidades que se relacionan principalmente con el aseguramiento y prestación de servicios, en.

Las características actuales del sistema de salud están estrechamente relacionadas con el contexto histórico y nacional del país, destacado que está

(*) Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP), Escuela de Salud Pública U. de Chile. Disponible en:
<http://www.ochisap.cl>

altamente relacionado e influenciado por el entorno, especialmente por las condiciones políticas y económicas del país. Ello es más notorio en el sistema público, ya que depende principalmente del aporte fiscal.

A pesar de su relevancia y crucial aporte frente a las necesidades sanitarias de la población, el sistema público acarrea importantes aspectos críticos no resueltos, que se relacionan con las limitaciones financieras y estructurales del Estado y del propio sector público. (1-6)

A pesar de que en la última década y media se ha aumentado bastante el recurso del sistema público de salud, éstos siguen siendo relativamente limitados del Estado frente a la demanda y necesidades sanitarias de la población. Ello sigue impidiendo un cumplimiento más pleno de los objetivos del sistema de salud, para una respuesta que sea más efectiva a las necesidades sanitarias de la población. Los cambios demográficos (envejecimiento) y epidemiológicos de la población representan una demanda cada vez mayor, por mayor tecnología, lo que implica un importante desafío de adecuación y fortalecimiento del sistema de salud.

DESARROLLO HISTÓRICO

Los primeros elementos del sistema formal de salud en Chile comenzaron a aparecer ya en tiempos de la Colonia (mediados del siglo XVI), con el desarrollo de algunos centros asistenciales. Desde entonces, el sistema se ha expandido, consolidado e integrado paulatinamente, hasta llegar a configurar la compleja y dinámica estructura actual. En general, el desarrollo de la organización, estructura, aseguramiento y atención de salud han estado relacionados con la evolución histórica y avances de otros aspectos relacionados con el progreso global del país y la organización progresiva del Estado, como es el caso de las organizaciones de trabajadores, organización social y avances legales. A su vez, restricciones de estructura y desempeño en el sistema de salud han estado relacionadas con limitaciones producidas en determinados momentos o períodos críticos en el desarrollo histórico del país. (1,3,4)

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 local, especialmente dependientes de 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. (1-4)

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. A partir de la primera mitad del siglo 20 y especialmente desde la década de 1920, hubo un desarrollo notorio del sistema de seguridad social y del sistema asistencial de salud en Chile.

Destaca el surgimiento de seguros sociales y departamentos de bienestar en distintas empresas y asociaciones laborales (como mutuales y socorros mutuos), en un contexto del llamado Estado de bienestar y favorecido por la progresiva organización y conquistas sociales de los trabajadores. Las instituciones de protección y seguridad social que se fueron estableciendo, creadas buscaban cubrir las necesidades sanitarias, educativas, de vivienda y protección social más cruciales de la población, en especial de los trabajadores. 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. La orientación del progreso social provino de las experiencias y avances logrados en Europa, tanto en temas de protección y seguridad social como de la organización e integración nacional de servicios de salud. (1-4)

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. (1-4)

Período del Servicio Nacional de Salud (1952 a 1979)

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952 (basado en el modelo británico) y aplicó la integración de diversos organismos públicos y privados que prestaban servicios de salud. La red asistencial del SNS integró a los establecimientos que previamente pertenecían al Servicio Nacional de Salubridad, la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, el Servicio de Seguro Social, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, los Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades, y otros. El SNS ocupó un período inicial de alrededor de siete años en un proceso de implementación e integración paulatina de entidades y centros, dada la complejidad y esfuerzo que significó organizar el SNS a partir de sus entidades integrantes originales y la necesidad de cubrir el país con médicos y otro personal calificado de salud. (1-5)

Durante su existencia, el SNS llegó a ser la principal institución de salud del país, con 120 mil funcionarios distribuidos en una red que alcanzó una importante cobertura geográfica y de población. En 1959, el SNS ya contaba con Áreas de Salud establecidas y una red de hospitales, consultorios y postas rurales. Su planificación y gestión eran esencialmente centralizadas. Con bastante menor cobertura, existían otras entidades previsionales y asistenciales más específicas, destacando aquellas dependientes de universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales.

Las condiciones del SNS cambiaron abruptamente en 1973 con el establecimiento de un gobierno autoritario que terminó adoptando e imponiendo un modelo neoliberal global inconsulto, en desmedro del rol y estructura del Estado y de las empresas públicas. Entre 1973 y 1979, se mantuvo la estructura del SNS, pero bajo una severa restricción financiera y de otros recursos. (1,3,4)

Período de reformas neoliberales (1979 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. Los 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. Ello no fue una experiencia nacional original, sino que ocurrió en línea con similares reformas políticas y económicas llevadas a cabo en muchos otros países de la región. La reforma neoliberal cambió y redujo drásticamente el rol y la importancia del Estado, el cual redujo su rol subsidiario concentrándolo en un bienestar residual (sólo en los más pobres). Al igual que lo sucedido en otros servicios públicos, se produjo una reducción de financiamiento y del personal del sistema público de salud; hubo descentralización del sistema público al nivel regional y local, delegada progresivamente a la administración municipal, y se inició una privatización directa o indirecta de parte de sus funciones. (2-4)

El cambio 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 paulatino de la administración

de la mayoría de establecimientos ambulatorios de nivel primario a las municipalidades. (3-5)

Período post recuperación de la democracia (1990 a 2016)

Entre 1990 a 2010, cuatro gobiernos consecutivos de una Concertación de centro izquierda se concentraron en recuperar paulatinamente la protección social en salud, resolver parcialmente la crisis financiera y de otros recursos, y mejorar gestión y desempeño del SNSS. Desde 1990, el sistema público de salud ha recibido un grado de fortalecimiento que siendo importante sigue siendo parcial (insuficiente) junto a algunas reformas de aspectos específicos. En este período se ha logrado realizar una serie de inversiones y establecer o fortalecer programas centrados en los derechos y necesidades principales de la población, con énfasis en los más desfavorecidos, vulnerables y necesitados en materias relativas a salud, como la parte de salud de Chile Crece Contigo y la ley de Garantías Explícitas en Salud. Sin embargo, se mantiene bastante vigente la concepción original del modelo prevalente y la organización global del sistema de salud, lo que sigue determinando el aspecto financiero, previsional y asistencial del sistema de salud. (6-8)

Entre 2010 y 2014, el manejo sectorial de salud estuvo bajo un gobierno de coalición de centroderecha, en que el sistema de salud volvió a ser administrado con énfasis en el modelo de estructura y funcionamiento establecidas en la década de 1980, con énfasis en el rol subsidiario residual del Estado y fomento de la privatización directa o indirecta. Ello incluyó el apoyo a los convenios de inversión y a la gestión privada de los centros asistenciales más complejos del SNSS.

A pesar del retorno gubernamental a un enfoque de centro izquierda para el período 2014-2018 que plantea mayores propuestas de fortalecimiento del sistema, el estructuralmente protegido marco legal, político y económico vigente desde la década de 1980 sigue impidiendo de facto, que se puedan efectuar los cambios o reformas sustanciales necesarios, las que a su vez puedan permitir un efectivo fortalecimiento y adecuación del sistema de salud global. Ya en forma bastante prolongada, sigue pendiente concretar una reforma que permita

mejorar 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 junto a cambios demográficos y epidemiológicos que apelan a fortalecimiento del sistema de salud. (9-12)

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El **sector salud** forma parte de la sociedad organizada y del quehacer nacional, 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 sector salud está estrechamente interrelacionado con otros sectores sociales, en torno a salud y desarrollo.

El **sistema de salud** se refiere más específicamente al conjunto formal y organizado de entidades públicas y privadas que se relacionan con la rectoría, organización, financiamiento, aseguramiento, recursos y provisión de bienes y servicios sanitarios, en materias de promoción, prevención, cuidado o recuperación de la salud. Es el componente formal y más específico del sector salud. (1)

A su vez, el **sistema informal de salud** corresponde principalmente a la medicina popular o tradicional (como la medicina ancestral del pueblo mapuche), destacando una visión alternativa de salud-enfermedad y énfasis en el uso de plantas y hierbas medicinales.

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. (cuadro 1). (1,11)

El sistema de salud tiene una naturaleza mixta, con una **mezcla público/privada** en la previsión y provisión de servicios. Su rol rector y regulador es ejercido por el Estado a través del Ministerio de Salud. El financiamiento proviene principalmente del Estado, y de cotizaciones previsionales de trabajadores y empresas.

Existen múltiples centros asistenciales de salud, tanto públicos como privados, distribuidos en la mayoría de centros poblados del país. Los centros pueden proveer tanto atención hospitalaria como ambulatoria, o prestar servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, como laboratorios y farmacias. Gracias a esa amplia cobertura de previsión y prestadores de servicios asistenciales, el sistema de salud alcanza una cobertura legal y geográfica prácticamente universal, ya que la red asistencial se distribuye a lo largo de todo el territorio poblado nacional. (1) En la figura 1 se

presenta un esquema del sistema de salud en Chile, según rol asumido por las diversas entidades (financiamiento, compradores, proveedores, usuarios), tanto en el sector público como privado. (11)

La autoridad sanitaria es ejercida por el Ministerio de Salud e incluye la rectoría del sistema, con la conducción, regulación, fijación de políticas y planes generales de salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios y supervisión de funcionamiento del sistema. Para cumplir su rol rector, el Ministerio de Salud se apoya en la normativa vigente e interactúa de modo intersectorial con otros ministerios y organismos públicos, organismos no gubernamentales y la sociedad organizada. (1,7,11)

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) - Superintendencia de Salud	
Financiamiento	- Estado - Cotización de trabajadores - Co-pago por bienes y servicios - Pago de bolsillo	- Empresas privadas - Cotización de trabajadores - Co-pago por bienes y servicios - Pago de bolsillo
Aseguramiento	- FONASA - Cajas de Previsión de FFAA - Armadas y de Orden - Otros seguros públicos	- ISAPRE - 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 ambulatorios - Laboratorios - Centros de imagenología - Otros centros de apoyo diagnóstico o terapéutico

Fuente: (OPS Chile, 2010) Adaptado de MINSAL, 2008 (1)

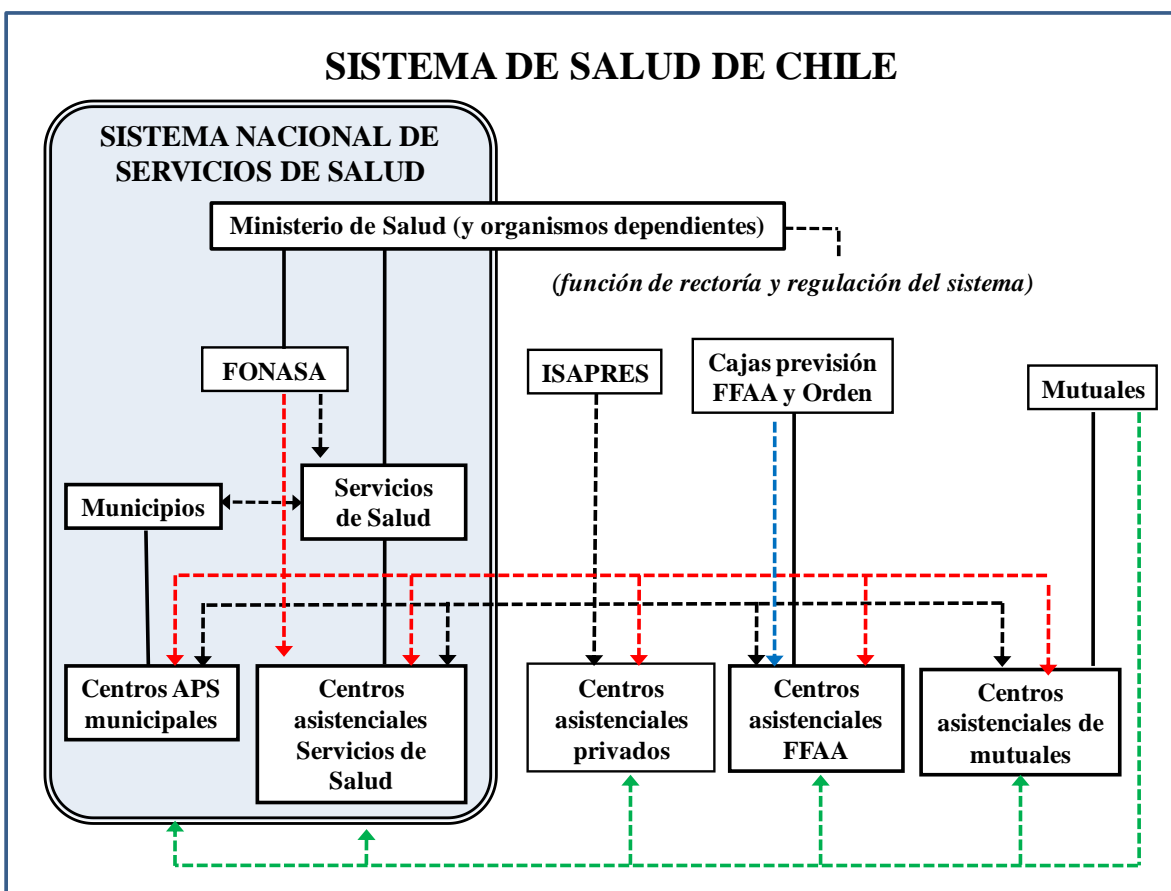
Para cumplir su rol rector, el Ministerio de Salud se apoya en la normativa vigente e interactúa de modo intersectorial con otros ministerios y organismos públicos, organismos no gubernamentales y la sociedad organizada. (1,7,11)

El Ministerio está representado en las regiones por las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud. En su función, el Ministerio es apoyado por sus organismos dependientes: el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el Fondo Nacional de

Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. El rol regulador está además a cargo de la Superintendencia de Salud (de creación reciente),

que controla a las entidades aseguradoras (ISAPRES y al FONASA), y fiscaliza a los prestadores de servicios de salud. (1,7,11)

Figura 1. Esquema del SNSS en el sistema de salud en Chile



Nota: — Dependencia directa, - - -> Acceso atención de salud en beneficiarios FONASSA (salvo categoría A);
 - - -> Acceso atención de salud en beneficiarios ISAPRE; - - -> Acceso beneficiarios Previsión FFAA;
 - - -> Acceso atención de salud en beneficiarios de mutuales.

El Ministerio de Salud tiene un rol de rectoría global, y junto a sus entidades dependientes como al Superintendencia de Salud e ISP, cumple un rol de regulación en todo el sistema de salud.

La función de financiamiento (externa e interna) es principalmente provista por los cotizantes de seguros, Estado (aporte fiscal), municipios (aporte municipal, pagos y copagos de los usuarios), y usuarios de atención de salud (pago y copago).

Fuente: Elaboración propia

En la última década, destacan la Ley 19.966, de Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) que da protección financiera, oportunidad, acceso y calidad en un conjunto de patologías priorizados de la salud común, en un plan universal de Salud. La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión transfiere a la autoridad sanitaria a nivel regional a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), además determina la autogestión hospitalaria y el enfoque de gestión de salud en Red.

(8) La Ley de Isapres 19.895 referente a las normas de solvencia de las instituciones de Salud Previsional (ISAPRE y aseguramiento privado) y la modificación de la Ley de Isapres 18.933. También separa la función de fiscalización del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se crea la Superintendencia de Salud con la función de Garantizar la fiscalización y regulación. (7,8,9) El énfasis principal del gobierno entre 2006 y 2010 fue la protección social, que en

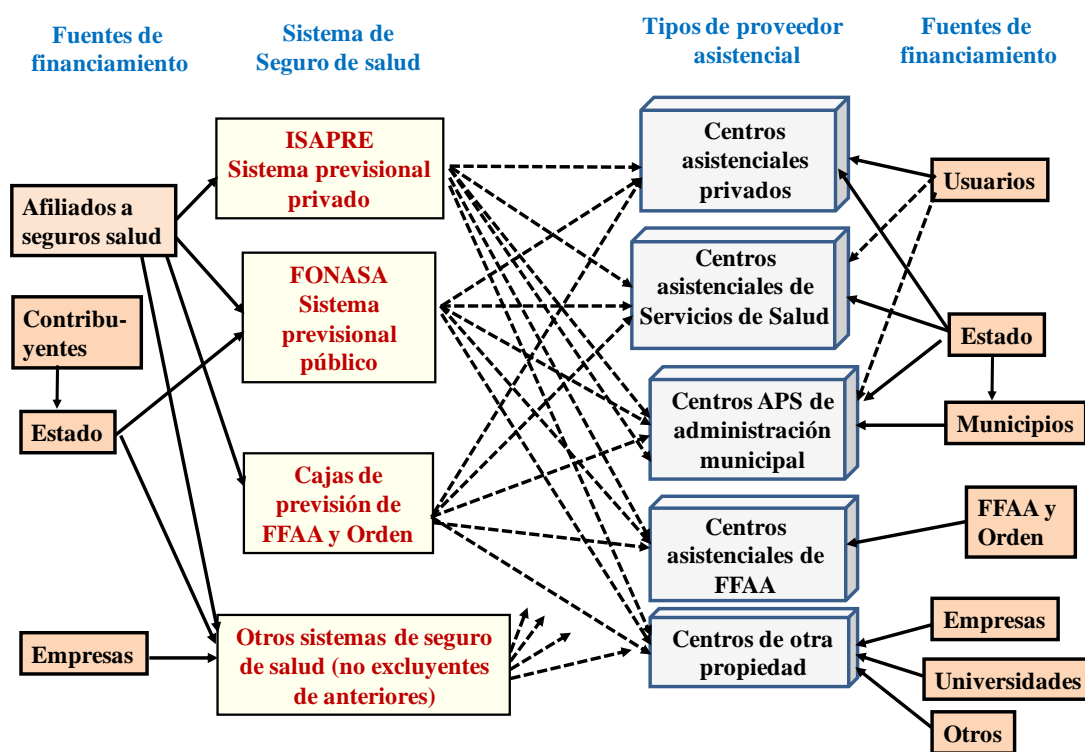
salud fue reflejada por el Programa “Chile Crece Contigo”. (10-12)

Desde el 2010, se cuenta con propuestas planteadas por Comisiones Presidenciales de Salud respecto a modernizar las actuales políticas de salud, configurar un nuevo plan garantizado de salud que incluya como mínimo lo avanzado para el GES, alternativas de mejor financiamiento del sector y de políticas relacionadas a los mecanismo de acceso y financiamiento del subsidio de incapacidad laboral y licencias medicas. El aporte o aplicación de esa serie de propuestas, especialmente enfocadas en mejorar el aseguramiento de salud, sigue pendiente. (12)

EL FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO

El financiamiento global del sistema de salud proviene de diversas fuentes, principalmente del Estado, las cotizaciones de trabajadores y las empresas (en caso de las mutuales de empleadores). Por su complejidad y heterogeneidad, no es posible estimar el financiamiento global de salud en su totalidad. Sin embargo, se conocen y divulgan aquellas fuentes y gastos afectos a registros gubernamentales y cuentas nacionales, que tienen gran implicancia en el presupuesto nacional. El financiamiento del sistema global de salud incluye aportes públicos y privados, que se asignan y transfieren entre las distintas entidades de aseguramiento y provisión de servicios.

Figura 2. Fuentes de financiamiento de seguros y de atención de salud en Chile.



Fuente: Elaboración propia, adaptado de C. Gattini, OPS Chile, 2010 (1)

Destacan las siguientes fuentes de financiamiento:

- Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.
- Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.
- La cotización obligatoria desde los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% de los ingresos imponibles), en virtud del régimen de seguro de salud.

- El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPRE (costo adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a una ISAPRE.
- Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.
- El copago de bienes y servicios de salud por medio de bonos, según aranceles fijados, a ISAPRE y

FONASA, y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.

- Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.
- Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.
- Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.
- El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas.

El aporte público proviene principalmente de los impuestos y de las cotizaciones obligatorias (7% de salarios) que se realizan al Fondo Nacional de Salud (en menor proporción, de otros sistemas de previsión y seguros, como el de las Fuerzas Armadas y de Orden). El aporte privado incluye aportes directos e indirectos, por gastos de bolsillo de las personas y cotizaciones de los afiliados al sistema previsional privado. Los gastos de bolsillo corresponden a los copagos por atenciones médicas, los copagos en medicamentos y el pago por atenciones médicas particulares que los usuarios efectúan directamente al prestador de servicios.

El gasto en salud en la última década ha aumentado de modo importante. Entre los diversos factores, influye la aplicación progresiva del programa GES.

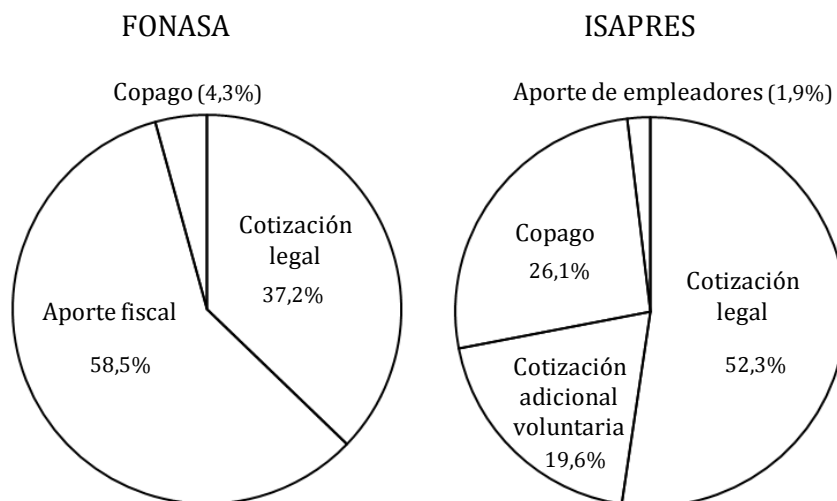
Entre 2005 y 2013, el gasto en salud se duplicó, destacando que el gasto de FONASA aumentó 2,2 veces mientras que el de ISAPRES aumento 1,7 veces. El crecimiento del gasto en FONASA ha estado sustentado en gran aumento del aporte fiscal, que ha crecido tres veces más que las cotizaciones y el PIB en ese período. (24,25)

En el 2011, la cotización legal de FONASA sólo alcanzaba al 37,3% de los ingresos de FONASA. El 58,5% correspondía a aporte fiscal mientras que el copago alcanzaba al 4,3%. El perfil de ingresos de las ISAPRES era distinto, pues más de la mitad (52,3%) se basaba en la cotización legal, lo que aumentaba en 19,6% debido a cotización adicional voluntaria. El copago aportaba el 26,1% y una pequeña porción era aportada por empleadores (1,9%) (figura 3). (23)

Como parte del flujo financiero del sistema, el seguro de salud público o privado (considerado “comprador”) paga al proveedor mediante distintos sistemas de pago. Estos pueden corresponder a pago según distintos tipos de presupuesto (por ítem o por evento, histórico, per cápita, por prestaciones, por diagnósticos (PAD) o por estado de salud de la población asignada).

En el 2014, el 8,5% del gasto en el SNSS correspondió a atenciones médicas, el 9,4% a subsidios de incapacidad laboral y el 1,1% a gastos de administración. (25)

Figura 3. Principales fuentes de ingresos de FONASA e ISAPRES, 2011



Fuente: Sylvia Galleguillos, basada en información de la Superintendencia de Salud

Todo trabajador activo o pasivo está obligado a cotizar el 7% de sus ingresos imponibles para el

financiamiento de su seguro de salud, pero con libertad en la elección entre opciones de

aseguradoras públicas y privadas. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el seguro público de salud mientras que las aseguradoras privadas son las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). También existen otras entidades aseguradoras de grupos específicos de afiliados, como en el caso de las Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden. En consistencia con los principios y marco normativo neoliberal del sistema chileno de salud, tanto los asegurados públicos como privados tienen legalmente gran libertad y amplitud de opciones para optar a diversos tipos de centros asistenciales de salud, sean estos públicos o privados. (1,4)

En 2011, el 76,2% de la población era beneficiaria de FONASA (13,2 millones de personas), de los cuales el 41,4% eran cotizantes (el resto eran cargas o beneficiarios). Por su parte el sistema ISAPRE concentra en sus beneficiarios el 16,9% de la Población de las cuales el 50,3% son cotizantes, el resto de la población el 6,9% corresponde a particulares y FF.AA. El 27,4% de cotizantes de FONASA son mayores de 60 años (grupo de edad donde se acumula paulatinamente mayor carga de enfermedad y necesidad de atención de salud), pero sólo 3,3% de los cotizantes de ISAPRE tiene ese rango de edad. Las cotizaciones representan alrededor de un tercio del gasto en salud y el gasto de bolsillo otro tercio (el restante proviene de aporte fiscal directo). El gasto de bolsillo puede significar una gran desprotección en personas de bajos recursos y contribuir a la inequidad, especialmente cuando hay gran desigualdad de ingreso en el país. (1,17)

FONASA es un servicio público, funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio. Es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).

FONASA está encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio de Salud, organismo del cual depende, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, en los aspectos normativos y de política sanitaria en tanto que en lo relacionado a los derechos de los beneficiarios especialmente al

Régimen de Garantías Explícitas en Salud es regulado por la Superintendencia de Salud. FONASA está encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio de Salud, organismo del cual depende, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, en los aspectos normativos y de política sanitaria en tanto que en lo relacionado a los derechos de los beneficiarios especialmente al Régimen de Garantías Explícitas en Salud es regulado por la Superintendencia de Salud.

Las funciones principales de FONASA están orientadas a financiar las acciones de salud y las inversiones de capital que requiere el Sistema y a colaborar con el Ministerio en la compatibilización y consolidación financiera de los proyectos de presupuesto de los Servicios de Salud y otros organismos vinculados al Ministerio, con el Presupuesto Global de Salud. Corresponde igualmente a FONASA cumplir las funciones y obligaciones como administrador del Fondo de Asistencia Médica (Ley 16.781) y administrar los recursos destinados a la atención de salud por la modalidad de Libre Elección. (18,20)

FONASA funciona con un sistema de reparto, donde todos los beneficiarios cotizantes aportan el 7% de sus ingresos imponibles y acceden a un Plan Único de Salud, independiente del aporte y condiciones de salud de cotizantes. Este sistema de seguro solidario está organizado sobre la base de un aporte obligatorio proporcional a los ingresos realizado por los trabajadores en actividad, con el que se forma un fondo, donde prima la solidaridad en la distribución, de acuerdo a las necesidades.

Los afiliados son catalogados en tramos (A-B-C-D) según su nivel de ingreso y les corresponde un copago diferencial al momento de uso. Existen dos modalidades de atención a las que pueden acceder los afiliados a FONASA: el modo institucional (ofrecido en el SNSS y el de libre elección, mediante el cual previo un copago o bono, se puede acceder a la atención privada. (1,6)

El Fondo Nacional de Salud, en su rol de protección social y de aseguramiento del acceso a la atención de salud, concede subsidios en

proporción inversa a la capacidad de pago del resto de los afiliados, de acuerdo con cuatro grupos de ingreso (también hay diferencia según el número de familiares a cargo que tenga el cotizante):

- A. Población pobre, que no paga cotización y sólo tiene acceso al sistema público (SNSS) en forma gratuita.
- B. Población con ingresos inferiores a 1 salario mínimo, que paga la cotización y cuya atención pública es gratuita en el SNSS.
- C. Población con ingresos comprendidos entre 1 y 1,45 salarios mínimos, que debe abonar la cotización más un copago del 10 por ciento por recibir atención pública.
- D. Población con ingresos superiores a 1,45

El sector privado asegurador está constituido por las ISAPRES, empresas privadas de protección contra los riesgos para la salud, que administran la cotización obligatoria de los asalariados. Operan en base a un contrato individual de seguro de salud donde puede cotizar el 7% o más (voluntario) no excediendo las 4,2 UF mensuales. Existen más de 12 mil planes comercializados por 13 ISAPRES. El cálculo de pago de prima del contrato individual está determinado por un precio base ajustado por factores de riesgo entre los cuales se considera edad, sexo y otros riesgos, lo que en muchos casos determina que poblaciones como mujeres en edad fértil, tercera edad u otros no puedan acceder a estos contratos, concentrándose finalmente en FONASA.

Las ISAPRES pueden ser cerradas o abiertas. Las ISAPRES fueron creadas en 1981 en el contexto de la reforma previsional y estructural del sistema de salud. Son entidades privadas que tienen como objeto la administración del Seguro Social de Salud Común, otorgando directamente las prestaciones y beneficios de salud o a través del financiamiento de las mismas a sus afiliados. Para ello pueden celebrar contratos de salud con personas, sean o no trabajadores, incorporando a otras personas que no son cargas familiares como “cargas médicas” de los cotizantes. Estos contratos están basados en el riesgo individual, por lo cual el precio de su prima (o plan de salud) así como las prestaciones a que se tienen derecho varían entre los individuos. (1)

El aseguramiento privado de ISAPRE, y la mantención de sus beneficiarios adscritos como tales a ese sistema, están relacionados con la mantención del empleo formal (o la capacidad de pagar primas mensuales), la posibilidad de aportar cotizaciones oportunamente, y las alzas periódicas de planes. FONASA por otro lado, cumple con el rol de fondo de seguridad pública y además debe prestar beneficios a quienes no tienen empleo o capacidad suficiente para cotizar. Ambos sistemas enfrentan un permanente desafío que es distinto: en el caso de ISAPRE, se busca retener o aumentar su número de cotizantes, lo que depende de que dicho cotizante tenga capacidad de pago de prima (por lo tanto continúe empleado y con ingresos suficientes para cubrir el porcentaje de cotización); en el caso de FONASA debe responder a sus cotizantes y beneficiarios por un lado, pero a su vez aportar beneficios a quienes no trabajan o lo hacen muy esporádicamente (como empleos temporales o informales) y por lo tanto no contribuyen con cotizaciones que permitan asegurar mayor financiamiento de ese Fondo público, por lo cual requiere recibir financiamiento fiscal directo. (1,6,20)

EL SISTEMA ASISTENCIAL DE SALUD

El complejo y mixto sistema de atención de salud en Chile corresponde al sistema asistencial global de salud, que incluye a todas las personas y entidades públicas o privadas que proveen distintos tipos de atención de salud a la población.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que es la entidad asistencial pública. El SNSS es el principal prestador de servicios asistenciales en el país. Cuenta con un marco normativo que define su organización, estructura y funciones centradas en la provisión de servicios asistenciales. Para ello, 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. (7,8)

El SNSS cuenta con una red asistencial que cubre toda la geografía poblada del país, lo que 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 mercado privado de salud. La red asistencial del SNSS que está conformada por hospitales públicos (y otros adscritos bajo convenio) y por centros que desempeñan atención primaria de salud; la mayoría de estos últimos está bajo Administración Municipal. A través de la red de establecimientos de cada Servicio de Salud, el conjunto organizado de centros cumplen la función de articulación, gestión y desarrollo de la red, para desempeñar las funciones de fomento, protección y recuperación de la salud. (1)

El sector asistencial que no forma parte del SNSS (también denominado informalmente “extra sistema”) está conformado por un conjunto de entidades previsionales (seguros) y de prestadores de bienes y servicios asistenciales privados (o bien que siendo estatales, no forman parte del SNSS), que ofrecen servicios asistenciales abiertos al mercado en general (o bien a ciertos grupos específicos, en algunos casos). En general, la atención privada de salud es provista por establecimientos asistenciales hospitalarios y ambulatorios abiertos al mercado (ya sea con o sin fines de lucro). La regulación de los prestadores privados está a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública, en términos de autorización sanitaria, y la Superintendencia de Salud, en los aspectos de acreditación y certificación de calidad. Los prestadores privados sin fines de lucro en general están vinculados a instituciones de carácter solidario, religioso, voluntariado, mutuales, sociedades de beneficencia u organizaciones no gubernamentales (ONG). (1)

Los servicios o centros asistenciales de salud funcionan bajo distinta lógica de gestión y desempeño, según sean públicos o privados. Cada una de dichas lógicas son correctas, en la medida que se apliquen según la naturaleza y objetivos de cada tipo de centros. Aquellos centros bajo lógica estatal o pública persiguen lograr una eficiencia social respecto a su población objetivo. Para ello, buscan igual distribución social y espacial de centros y personal, con igualdad de acceso. Hay controles fiscales de presupuestos, costos y personal, desincentivando especialización, tecnologías innovadoras y de alto costo.

Los centros bajo lógica privada por su parte, ponen su foco principal en el buen desarrollo técnico y rentabilidad del centro, así como en atraer clientes a través del prestigio la mejor atención posible, con calidad y satisfacción de clientes. Para ello, utilizan ingresos privados para costear pagos por servicio en que es positivo invertir alto costos, tener doctores altamente especializados y tecnología innovadora y de alto costo. Dado que no hay compromiso con población objetivo, no importa asumir altos costos, concentración en clientes y lugares de mayores ingresos, y a diferencia con los centros bajo lógica estatal, no hay mayor compromiso con la eficiencia social o el impacto en reducción de problemas colectivos de salud.

La figura 2 sintetiza las alternativas de acceso de la población al aseguramiento y atención en el sistema de salud chileno.

Considera el acceso a los tipos de seguro, ya sean públicos y privados, como a los tipos de proveedores asistenciales.

En la última década, destacan la Ley 19.966, de Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES) que da protección financiera, oportunidad, acceso y calidad en un conjunto de patologías priorizados de la salud común, en un plan universal de Salud. La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión transfiere a la autoridad sanitaria a nivel regional a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), además determina la autogestión hospitalaria y el enfoque de gestión de salud en Red. (8) La Ley de Isapres 19.895 referente a las normas de solvencia de las instituciones de Salud Previsional (ISAPRE y aseguramiento privado) y la modificación de la Ley de Isapres 18.933. También separa la función de fiscalización del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se crea la Superintendencia de Salud con la función de Garantizar la fiscalización y regulación. (7,8,9) El énfasis principal del gobierno entre 2006 y 2010 fue la protección social, que en salud fue reflejada por el Programa “Chile Crece Contigo”. (10-12)

Desde el 2010, se cuenta con propuestas planteadas por Comisiones Presidenciales de Salud respecto a modernizar las actuales políticas de salud, configurar un nuevo plan garantizado de

salud que incluya como mínimo lo avanzado para el GES, alternativas de mejor financiamiento del sector y de políticas relacionadas a los mecanismos de acceso y financiamiento del subsidio de incapacidad laboral y licencias médicas. El aporte o aplicación de esa serie de propuestas, especialmente enfocadas en mejorar el aseguramiento de salud, sigue pendiente. (12)

EL SISTEMA ASISTENCIAL DE SALUD

El complejo y mixto sistema de atención de salud en Chile corresponde al sistema asistencial global de salud, que incluye a todas las personas y entidades públicas o privadas que proveen distintos tipos de atención de salud a la población.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que es la entidad asistencial pública. El SNSS es el principal prestador de servicios asistenciales en el país. Cuenta con un marco normativo que define su organización, estructura y funciones centradas en la provisión de servicios asistenciales. Para ello, 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 adhieren a través de convenios, destacando los municipios y los servicios delegados. (7,8)

El SNSS cuenta con una red asistencial que cubre toda la geografía poblada del país, lo que 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 mercado privado de salud. La red asistencial del SNSS que está conformada por hospitales públicos (y otros adscritos bajo convenio) y por centros que desempeñan atención primaria de salud; la mayoría de estos últimos está bajo Administración Municipal. A través de la red de establecimientos de cada Servicio de Salud, el conjunto organizado de centros cumplen la función de articulación, gestión y desarrollo de la red, para desempeñar las funciones de fomento, protección y recuperación de la salud. (1)

El sector asistencial que no forma parte del SNSS (también denominado informalmente “extra sistema”) está conformado por un conjunto de entidades previsionales (seguros) y de

prestadores de bienes y servicios asistenciales privados (o bien que siendo estatales, no forman parte del SNSS), que ofrecen servicios asistenciales abiertos al mercado en general (o bien a ciertos grupos específicos, en algunos casos). En general, la atención privada de salud es provista por establecimientos asistenciales hospitalarios y ambulatorios abiertos al mercado (ya sea con o sin fines de lucro). La regulación de los prestadores privados está a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública, en términos de autorización sanitaria, y la Superintendencia de Salud, en los aspectos de acreditación y certificación de calidad. Los prestadores privados sin fines de lucro en general están vinculados a instituciones de carácter solidario, religioso, voluntariado, mutuales, sociedades de beneficencia u organizaciones no gubernamentales (ONG). (1)

Los servicios o centros asistenciales de salud funcionan bajo distinta lógica de gestión y desempeño, según sean públicos o privados. Cada una de dichas lógicas son correctas, en la medida que se apliquen según la naturaleza y objetivos de cada tipo de centros. Aquellos centros bajo lógica estatal o pública persiguen lograr una eficiencia social respecto a su población objetivo. Para ello, buscan igual distribución social y espacial de centros y personal, con igualdad de acceso. Hay controles fiscales de presupuestos, costos y personal, desincentivando especialización, tecnologías innovadoras y de alto costo.

Los centros bajo lógica privada por su parte, ponen su foco principal en el buen desarrollo técnico y rentabilidad del centro, así como en atraer clientes a través del prestigio la mejor atención posible, con calidad y satisfacción de clientes. Para ello, utilizan ingresos privados para costear pagos por servicio en que es positivo invertir altos costos, tener doctores altamente especializados y tecnología innovadora y de alto costo. Dado que no hay compromiso con población objetivo, no importa asumir altos costos, concentración en clientes y lugares de mayores ingresos, y a diferencia con los centros bajo lógica estatal, no hay mayor compromiso con la eficiencia social o el impacto en reducción de problemas colectivos de salud.

La figura 2 sintetiza las alternativas de acceso de la población al aseguramiento y atención en el sistema de salud chileno.

Considera el acceso a los tipos de seguro, ya sean públicos y privados, como a los tipos de proveedores asistenciales.

EL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS)

La organización del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) se basa esencialmente en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud que le dio origen en 1979 (Decreto Ley 2.763 de 1979). En 1985 se creó el Régimen de prestaciones de salud, con el modelo de financiamiento, previsión y atención de salud (ley 15.469 de 1985). En 2004 se promulgó la ley 19.937 que modifica el DL n° 2.763, de 1979, para establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. En 2005, hubo una adecuación con el Decreto Ley 140 del Ministerio de Salud.

El SNSS está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados. El Decreto 38 de 2005 establece el Reglamento Orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. (1,7,10)

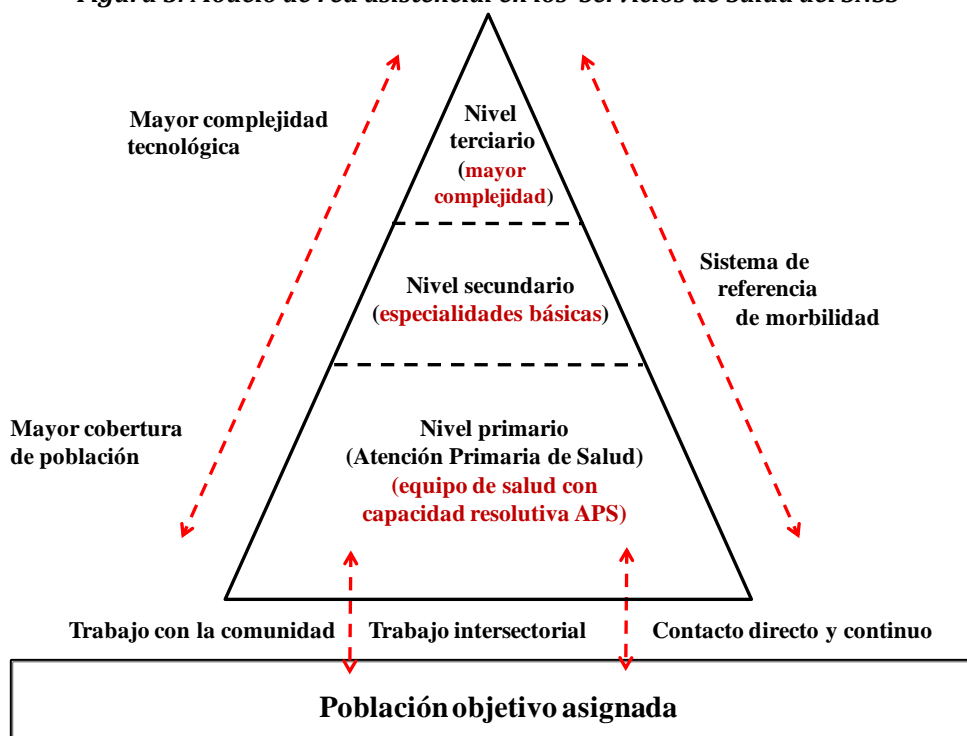
Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados,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

propio para la realización de las referidas acciones. Son 29 Servicios con asignación geográfica definida. A su Dirección 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. (1,10)

En forma directa, los Servicios de Salud tienen a cargo los hospitales y en algunos casos, centros de atención ambulatoria de nivel primario. La mayor parte de la atención primaria de salud provista en centros de salud urbanos y rurales ha sido delegada a la administración municipal. Cada Servicio de Salud cuenta con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial (figura 3).

La red asistencial de cada Servicio de Salud se organiza en niveles de diversa complejidad de acuerdo a la normativa vigente. 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). (1,10)

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. 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). (10)

Figura 3. Modelo de red asistencial en los Servicios de Salud del SNSS

La red asistencial de cada Servicio de Salud se organiza en niveles de diversa complejidad de acuerdo a la normativa vigente. 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). (1,10)

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. 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). (10)

En el nivel primario 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 a las prestaciones que se brindan. 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. Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: controles, consultas, visitas domiciliarias, educación de grupos, vacunaciones y alimentación complementaria. (10)

El nivel secundario, principalmente basado en especialidades básicas, cuenta con una complejidad intermedia. Es referencia del nivel primario, y sus acciones involucran tanto atención hospitalaria como ambulatoria, ésta última provista en consultorios adosados.

El nivel terciario se caracteriza por una cobertura reducida de población, esencialmente basada en 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, supra-regional y en algunos casos hasta cobertura nacional (como institutos de especialidades). Aunque estos establecimientos hospitalarios realizan actividades de alta complejidad, en general también realizan atención de nivel secundario (ya que cubren problemas de demanda a nivel secundario de la población cubierta por la red asistencial correspondiente).

Similar al nivel secundario, en este nivel se realiza tanto acciones hospitalarias como ambulatorias: Responden a demanda referida desde otros niveles, especialidades o servicios de urgencia. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica. (1,10)

APS Y ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE SALUD

El modelo y principales funciones asumidas en la atención primaria de salud (APS) en Chile se identifican con el enfoque internacional asumido desde 1978, liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El foco conceptual de la APS se refiere a *“...la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”*. (1,2)

El marco conceptual y normativo de la APS en Chile 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. (6)

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 de APS 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).

El establecimiento de la administración municipal de salud fue establecido 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.

Su establecimiento persiguió 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 incluía 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, etc.

Los centros de nivel primario bajo gestión municipal 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. (2-4)

Desde 1990, la APS se ha fortalecido con mayor recurso y con adaptaciones como el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal (Ley 19.378, 1995), que norma la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud. También regula la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del respectivo personal que ejecute acciones de atención primaria de salud. (5)

La experiencia ya histórica de esa modalidad implica ventajas y desventajas agregadas, cuyos objetivos no se han logrado en forma suficiente ni equitativa en las heterogéneas comunas del país. 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.

LA INFRAESTRUCTURA ASISTENCIAL

La mayor proporción de infraestructura asistencial en Chile se encuentra en el SNSS, en su red asistencial a lo largo del país. Esta red asistencial del SNSS está conformada por hospitales de los Servicios de Salud (y otros adscritos bajo convenio) y por centros ambulatorios que en su mayoría desempeñan atención primaria de salud; la mayoría de estos últimos está bajo Administración Municipal (cuadro 2). (1,10)

Los 29 Servicios de Salud tienen una diversa disponibilidad y tipo de centros asistenciales (cuadro 2). En 2013, se registró 535 centros hospitalarios en el país, de los cuales 203 correspondían al SNSS. De estos, 64 eran de alta complejidad, 27 de mediana complejidad y 103 de baja complejidad. Otros 9 hospitales estaban adscritos por convenio (servicios delegados del SNSS). Además, de 20 hospitales como los de Fuerzas Armadas y otros estatales, existían 14 hospitales de mutuales de empleadores y 142 hospitales y clínicas privadas. (1,10)

El recurso y actividades hospitalarios de los Servicios de Salud tienen distinta disponibilidad, para distinto volumen de población y cobertura según población del área geográfica asignada y número de hospitales a cargo. Los hospitales tienen distinto grado de complejidad tecnológica y especialidades que ofrecen.

Cuadro 2. Los Servicios de Salud del SNSS y sus establecimientos asistenciales

Servicio de Salud	Pobl (miles)	Hospitales según complejidad			Centros Ambulatorios	
		Mayor	Mediana	Baja	Centros (no PR)*	Postas rurales
Arica	179.6	1			11	8
Iquique	336.1	1			23	4
Antofagasta	594.6	2	1	2	26	12
Atacama	286.6	1	1	3	20	16
Coquimbo	749.4	3	1	5	40	97
Valparaíso San Antonio	479.4	3	1	1	37	21
Viña del Mar Quillota	1057.9	3		8	52	28
Aconcagua	271.4	2	1	2	19	11
Metropolitano Norte	792.8	4		1	50	10
Metropolitano Occidente	1157.9	4	2	1	59	21
Metropolitano Central	1258.9	2			35	1
Metropolitano Oriente	1197.4	7		1	43	0
Metropolitano Sur	1049.2	3	3		75	12
Metropolitano Sur Oriente	1618.8	3	1		69	7
Del Libertador B.O'Higgins	908.6	2	2	11	47	80
Del Maule	1031.6	3	3	7	82	158
Ñuble	465.5	2		5	41	60
Concepción	668.2	3	1	2	39	16
Arauco	171.0		1	4	13	33
Talcahuano	366.6	2		1	30	5
Biobío	402.7	1		6	23	69
Araucanía Norte	194.1	2	1	4	12	58
Araucanía Sur	800.3	1	4	8	49	139
Valdivia	382.7	1		6	35	61
Osorno	236.2	1		5	18	29
Del Reloncaví	196.4	1		7	24	89
Chiloé	434.7	1	1	3	18	75
Aisén	107.9	1		4	3	30
Magallanes	160.2	1	1	1	12	8
País	17556.8	61	25	98	1005	1168

Nota: En 10, postas rurales no se especificó SS de pertenencia.

Fuente: DEIS-MINSAL 2015 (datos correspondientes a inventario de septiembre de 2012)

Los hospitales de alta complejidad del SNSS, representan 29,2% de los hospitales de ese sistema y 14,7% de los hospitales del país. Éstos tienen especialidades complejas y uso de tecnología más complejo. Por ocupar el máximo nivel de complejidad de las redes asistenciales de las cuales forman parte, tienen una función de referencia y contra-referencia de pacientes y se ubican en grandes centros urbanos o en cabeceras de ciudades de regiones.

Un tipo especial de hospital de alta complejidad lo constituyen los institutos nacionales, en general concentrados en una especialidad predominante de alto nivel y pueden recibir referencias desde diversas regiones del país. En la actualidad existen el Instituto Nacional del Cáncer, el Instituto Nacional de Psiquiatría; el Instituto Nacional de Geriátrica, el Instituto Nacional de Neurocirugía; y el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. (1)

Los principales centros asistenciales privados se agrupan en la asociación de Clínicas de Chile, que tiene como propósito formal, mantener una relación permanente de colaboración con las autoridades y los demás organismos públicos y privados presentes en el sector, para lo cual en términos operacionales ha desarrollado un plan de trabajo, a fin de establecer una mayor complementariedad entre los prestadores públicos y privados.

Se estima que actualmente Chile tiene 42.500 camas hospitalarias, de las cuales alrededor de 11.500 corresponden a las aproximadamente 150 clínicas privadas del país, concentradas principalmente en Santiago. La mayor parte de las camas hospitalarias del país pertenecen al SNSS (70.9%), un décimo pertenece a otros hospitales públicos (9.6%) y una de cada cinco corresponde al sector privado (19.5%). En el período entre 2007 y 2011, hubo una tendencia al aumento de camas hospitalarias en el país, alrededor de 38 mil camas en el país, pero con el sismo de 2010 se produjo una disminución de 3.500 camas, y ya en 2011 se alcanzó a poco más de 36 mil camas. Ello significa que con el sismo disminuyó la disponibilidad de camas de 2.3 por mil habitantes a sólo 2.0 en 2010, y al año siguiente se había recuperado a un nivel de 2.1 camas por mil habitantes. (2)

La dotación de camas del sector privado incluye clínicas de diversa capacidad resolutive, maternidades, y establecimientos de atención psiquiátrica y geriátrica. También incluye la red asistencial del Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, y las mutuales de seguridad laboral. Los centros asistenciales de las Fuerzas Armadas y de Orden funcionan como proveedores privados, que en general cubren la atención de sus beneficiarios específicos y además están abiertas al mercado abierto de la atención de salud. Hay entidades privadas (o que siendo estatales, no forman parte del SNSS) que tienen infraestructura sanitaria con prestación de servicios. (1)

De los 2.062 establecimientos de atención ambulatoria registrados en el SNSS en 2009, 880 eran centros de salud de atención primaria (42,7%) y 1.166 postas de salud rural (56,5%). Los 16 centros restantes (0,8%) eran consultorios adosados de especialidades, que formaban parte de

hospitales y con dependencia más directa del Servicio de Salud.

Para la realización de la función de atención primaria de salud en el SNSS, los establecimientos ambulatorios de este nivel 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.

En 2009, existían diversos tipos de centros de atención ambulatoria en el SNSS (1,10):

- Centro Diagnóstico Terapéutico. Existían 13 centros de alta complejidad, con atención de referencia a los establecimientos de menor complejidad, incluyendo actividades como tomografía axial computada o cirugía menor.
- Centro de Referencia de Salud. Había 9 centros de mediana complejidad, con atención de referencia en especialidades básicas a una red de 4 a 6 consultorios urbanos, en grandes ciudades.
- Centro de Salud Mental (COSAM). Se cuenta con 60 centros especializados en el área de salud mental, de baja complejidad
- Servicio Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Hay 172 centros de baja complejidad. Otorga prestaciones de urgencia, resolviendo patología de emergencia de baja complejidad en horario no hábil
- Servicio de Urgencia Rural (71). Se registraba 71 centros de baja complejidad enfocados en urgencia de sectores rurales (en que no hay hospital general)
- Centro de Salud Rural (CSR). Había 103 centros de baja complejidad, para localidades rurales con habitantes entre 2000 y 5000 hab.
- Centro de Salud Urbano (CSU). Había 178 establecimientos de baja complejidad. Busca cubrir poblaciones asignadas no superiores a 40.000 hab. Su existencia es previa al cambio de modelo de salud familiar.
- Centro de Salud Familiar (CESFAM). Se registraba 371 centros de baja complejidad. Cuenta con equipos multidisciplinarios que oferta un plan de salud familiar y realizan las acciones de salud pública y entrega de prestaciones curativas.
- Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF). Se registraba 139 centros de baja complejidad,

dependientes de un centro de salud familiar base, con una base comunitaria insertos a nivel local para brindar en forma actividades asistenciales y promoción de salud.

- Posta Rural. Había 1.166 establecimientos registrados, de baja complejidad. Centro asistencial primario para poblaciones dispersas y/o concentradas de 600-2000 habitantes, con un técnico paramédico residente. Se apoya en rondas del equipo multidisciplinario de APS, en forma periódica. (1,10)

El 16% de los centros asistenciales corresponden al sector considerado privado (o no perteneciente al sistema público). El 45% de ellas las instituciones son clínicas privadas, 25% son clínicas psiquiátricas, geriátricas y otras de larga estadía, 9% corresponden a entidades relacionadas con agrupaciones de trabajadores estatales u otras, como Fuerzas Armadas, Universidades, Trabajadores del Cobre. 7% corresponden a centros dependientes de CONIN, TELETON, centros de diálisis u otros similares. (1)

PERSONAL ASISTENCIAL

La proporción de especialistas en 2006 y 2010, según especialidad declarada, en más frecuente en cirugía, psiquiatría, traumatología y anestesia. Se estima que la cantidad de especialistas en el país en 2010 alcanzaba a 14.512 profesionales, de los cuales el 60% trabajaba en el sector público (y que mayoritariamente compartían jornada con el sector privado), mientras que el 40% se desempeñaba exclusivamente en el sector privado. La distribución por zonas geográficas es disímil. En el centro del país, se dispone de un especialista cada 878 habitantes, en tanto en la zona norte, la proporción es de uno cada 1836 habitantes. Egresan más de mil médicos por año y el ingreso registrado de médicos extranjeros al sistema público se estima en 1.800 profesionales de los cuales 600 son especialistas(1)

La dotación de personal en el sistema público de salud en Chile se clasifican según Atención Primaria Municipal (Ley 19.378), Establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud (Leyes 15.076 y 19.664) y demás funcionarios que trabajan en un hospital (Ley 18.834).

En 2010, se estimaba 49.195 funcionarios en la Atención Primaria de administración municipal. 13.432 funcionarios en establecimientos asistenciales de los Servicios de Salud y 18.268 otros funcionarios que trabajaban en un hospital. El 32% del personal se desempeñaba en la atención Primaria Municipal y 68% en la Atención Secundaria y Terciaria.

En 2011, el SNSS registraba 15.052 médicos contratados, representando 8,6 médicos por 10.000 habitantes. La disponibilidad regional fluctuaba entre 13,2 y 6,0 médicos por 10.000 habitantes en Aisén y Antofagasta respectivamente. Se contaba con 8638 enfermeras contratadas (4,9 por 10.000 habitantes) y 4.568 matronas (2,6 por 10.000 habitantes). El recurso dentista era de 4.086 profesionales (2,4 por 10.000 habitantes).

Las 1.974 nutricionistas representaban 1,1 por 10.000 habitantes, los 2.239 kinesiólogos representan 1,3 por 10.000 habitantes, mientras que los otros tipos de profesionales alcanzaban una disponibilidad bastante menor (alrededor de 1 por 10.000 habitantes). Los 29.775 técnicos paramédicos (razón de 17,0 por 10.000 habitantes) constituyen un valioso personal asistencial en el SNSS, tanto complementando la labor del equipo profesional de salud en hospitales y centros ambulatorios, como asumiendo un rol esencial en servicios de urgencia (fuera de horas funcionarias diarias) y en postas rurales, así como en su trabajo directo con la comunidad. (1)

Además del personal asistencial, la dotación de personal del SNSS incluye otro tipo importante de personal, como es el caso de administrativos (grupo más frecuente, casi 7.500 funcionarios, más profesionales administrativos), de servicios generales y directivos. (1)

LA ATENCIÓN DE SALUD

La provisión de servicios asistenciales de salud incluye bienes y servicios orientados a brindar promoción de la salud, servicios de salud pública y servicios de atención a las personas (en el rango de promoción, prevención, curación, rehabilitación y servicios paliativos). No se cuenta con información rutinaria y oficial suficiente que permita distinguir entre provisión de servicios asistenciales públicos y privados, y frecuentemente se presentan

mezclados, como es el caso de egresos hospitalarios, o bien se difunde las atenciones del SNSS pero no se indica simultáneamente las del sector privado, o bien estas tienen sub-registro.

En 2014, se registró 1,66 millones de hospitalizaciones en el país, con 1,11 millones provistas por el SNSS (66,9%). Estas últimas representan una razón de 6,3 hospitalizaciones

anuales por 100 habitantes (o 7,7 si se considera sólo a los beneficiarios FONASA. Si bien el SNSS está abierto a toda la población, pero sus usuarios principales son los beneficiarios FONASA. Ello significa que el SNSS provee 2,9 atenciones ambulatorias anuales por beneficiario FONASA, de los cuales 1,06 corresponden a atención primaria, 0,50 a atención de especialidades y 1,34 por atenciones de urgencia.

Cuadro31. Razón de hospitalización anual por cada 100 beneficiarios de sistemas de previsión en Chile, 2014

Tipo de previsión y modalidad atención	FONASA Atención Institucional	FONASA Libre Elección	ISAPRE	OTRA	TOTAL
	Egresos * 100 benefic.	Egresos * 100 benefic.	Egresos * 100 benefic.	Egresos * 100 benefic.	Egresos * 100 benefic.
En hospitales del SNSS	7,1	0,5	0,5	3,0	6,0
Hospitales no SNSS	0,1	1,2	9,2	9,3	3,2
Total	7,2	1,7	9,7	12,3	9,3

Fuente: Elaboración propia, basada en Boletín Estadístico de FONASA 2014-2015 y MINSAL (DEIS).

Cuadro42. Principales causas de hospitalización según previsión de salud en Chile, 2014

Causas	FONASA Modalidad				Isapre		Otros		TOTAL	
	At. Institucional		Libre Elección							
	miles	%	miles	%	miles	%	miles	%	miles	%
Embarazo, parto y puerperio	199,0	20,5	64,3	28,4	49,4	15,3	11,9	19,6	324,7	19,6
Enf. aparato digestivo	120,6	12,4	33,2	14,6	44,0	13,6	14,9	12,8	212,5	12,8
Enf. sistema respiratorio	103,3	10,6	14,7	6,5	27,6	8,6	10,4	9,4	155,9	9,4
Traumatismos y envenenamientos	88,4	9,1	17,3	7,7	25,3	7,9	20,2	9,1	151,3	9,1
Enf. aparato génitourinario	73,2	7,5	19,2	8,5	30,3	9,4	11,5	8,1	134,2	8,1
Enf. sistema circulatorio	87,8	9,0	13,1	5,8	17,9	5,6	9,6	7,7	128,5	7,7
Neoplasias	67,2	6,9	15,5	6,9	27,0	8,4	9,3	7,2	119,0	7,2
Enf. osteomuscular y conectivo	20,9	2,1	14,8	6,5	28,9	9,0	8,6	4,4	73,1	4,4
Enf. endocrinas, nutricionales	26,5	2,7	4,6	2,0	11,6	3,6	6,8	3,0	49,5	3,0
Signos síntomas no clasificados	26,6	2,7	3,7	1,7	8,4	2,6	3,8	2,6	42,5	2,6
Otras causas	158,5	16,3	25,9	11,4	51,6	16,0	32,9	16,2	268,9	16,2
Total	971,9	100,0	226,4	100,0	322,0	100,0	139,8	100,0	1660,2	100,0

Fuente: Elaboración propia. Basado en información DEIS-MINSAL y FONASA 2016

Al contrastar la razón de hospitalizaciones anuales por cada 100 beneficiarios de FONASA e ISAPRE, destaca que los beneficiarios de FONASA abarcan el 75,2% de la población y ocupan el 72,1% de las hospitalizaciones, con una razón de 8,9 hospitalizaciones anuales por 100 beneficiarios. La modalidad de atención institucional a beneficiarios

FONASA se realiza prácticamente en su totalidad en hospitales del SNSS (7,1 egresos anuales por cada 100 beneficiarios FONASA), mientras que la modalidad de libre elección se realiza de preferencia en hospitales no SNSS (1,2 hospitalizaciones anuales por 100 beneficiarios FONASA). Se producen 0,5 hospitalizaciones por

modalidad de libre elección en hospitales del SNSS, probablemente relacionado al uso de atención de pensionado en hospitales del SNSS (FONASA, 2016).

A su vez, el grupo de beneficiarios de ISAPRE comprende al 18,5% de la población y utiliza el 19,4% de las hospitalizaciones, con una razón de 9,7 hospitalizaciones anuales por 100 beneficiarios.

Un quinto de las hospitalizaciones (19,6%) corresponden al grupo de embarazo, parto y puerperio, que se concentra en el grupo de 20 a 44 años. La proporción es mayor en las beneficiarias de FONASA que son atendidas por la modalidad de libre elección (28,4%) y menor en las beneficiarias de ISAPRE (15,3%). En general, no hay mayores diferencias en la proporción de causas de hospitalización según la previsión de salud, aunque las causas de enfermedades del sistema circulatorio causan el 9% de las hospitalizaciones en la modalidad institucional, lo que es menor al 6% en los casos de modalidad de libre elección e ISAPRE.

La atención de salud organizada en el SNSS incluye la formulación de una serie de programas de salud, que si bien se realizan en los distintos niveles de complejidad, una parte importante de su aplicación se realiza en el nivel primario de atención. Son particularmente relevantes, los programas de salud de las personas que se realizan preferentemente en el nivel primario de atención (APS). Se enfocan en salud de la infancia, del adolescente, de la mujer, del adulto y del adulto mayor. En ellos se realizan actividades como controles de salud, de malnutrición, consulta de morbilidad, educación grupal, alimentación complementaria, vacunas e intervenciones psicosocial.

También se realizan actividades asociadas a todo el ciclo vital, como es el caso de intervenciones de salud oral y de otras generales actividades generales como consejería, visita domiciliaria integral, tratamientos y curaciones, intervención familiar psicosocial y exámenes de laboratorio básico.

Como indicadores de cobertura global de servicios lograda por el sistema de salud chileno (el conjunto de proveedores asistenciales públicos y

privados), destaca que en 2012, la cobertura de atención profesional del parto fue prácticamente universal (99,83%), mientras que se logró 90,0% de cobertura de tercera dosis de vacuna pentavalente y DPT, y una cobertura similar en e la vacuna SRP (Ex Trívirica) a los 12 meses de edad. En 2011, se registró un 59,0% de cobertura PAP vigente en mujeres beneficiarias de 25 a 64 años. (DEIS MINSAL). (21)

También hay prestaciones no contributivas de asistencia médica enfocadas en población vulnerable que son objeto prioritario de algunas políticas de protección social gubernamentales: beneficiarios de subsidios únicos familiares (SUF), pensiones asistenciales de vejez o invalidez (PASIS) y subsidios de cesantía; víctimas de la represión política (PRAIS); discapacitados mentales; migrantes; y población en extrema pobreza. La administración del financiamiento de su aseguramiento recae en el Fondo Nacional de Salud. (1.21)

De manera complementaria, las contingencias y necesidades en salud derivadas de los accidentes de tránsito están sujetas a un sistema de aseguramiento obligatorio a todos los propietarios de vehículos motorizados del país. Además se cuenta hay una oferta variada adicional de seguros de salud, complementarios y voluntarios, de administración privada. (17-19)

También destaca el desarrollo de la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas y la Ley de Régimen de Garantías Explícitas de Salud (AUGE-GES), que persigue asegurar acceso oportuno a servicios de calidad en una serie de 80 patologías que cubren más del 70% de carga de enfermedad. (6,9)

La organización actual del sistema de salud permite que tanto los proveedores privados como públicos puedan ofrecer servicios asistenciales al mercado abierto. Los clientes pueden provenir de: el grupo no asegurado ni afecto a previsión que es capaz pagar los servicios recibidos al momento de uso; los usuarios de ISAPRE; los usuarios de otros seguros y convenios (como de accidente laboral o escolar); los beneficiarios de FONASA en categorías C y D en modalidad Libre Elección; los beneficiarios

del sistema AUGES (para las patologías y condiciones específicas establecidas); y los beneficiarios del sistema público que están afecto al programa de reducción de listas de espera. Estos grupos pueden acudir a todos los tipos de proveedores de proveedores públicos o privados que estén abiertos al mercado asistencial global. (1)

Dada la apertura de los servicios públicos y de las Fuerzas Armadas al mercado abierto, los centros asistenciales de esos servicios de salud y los que están bajo administración municipal pueden ofrecer servicios a todo tipo de personas, sean asegurados o no asegurados a algún sistema previsional, para lo cual cuentan con aranceles diferenciados: en modalidad institucional (pago interno del SNSS por prestaciones); modalidad de libre elección en FONASA (copago del usuario FONASA) y aranceles privados o particulares. El 42% de las prestaciones otorgadas en el país corresponden al carácter de provisión privada. La participación de los prestadores privados se ha mantenido relativamente estable a través del tiempo por la demanda de prestaciones de beneficiarios de FONASA y del Programa GES, los que ocupan 46% del total de las prestaciones realizadas por el sistema privado. (1)

REFERENCIAS

- Gattini C. et al (2010) Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Oficina de OPS/OMS en Chile, Santiago: 2011
- Loyola V., Vergara M. (1994) Perspectiva histórica y reformas del gobierno militar, en Miranda E. (Ed.) La Salud en Chile. Evolución y perspectivas, CEP. Santiago: Chile, p.29-51
- Miranda E. (1994) Descentralización y privatización en el sistema de salud chileno, en Miranda E. (Ed.) La Salud en Chile. Evolución y perspectivas, CEP. Santiago: Chile, p. 53-109
- Larrañaga O. (2010) El Estado Bienestar en Chile: 1910 – 2010. Documento de Trabajo, PNUD PNUD y Universidad de Chile; PNUD. Santiago, Marzo de 2010
- Giaconi J. (1994) Proyecciones de las reformas introducidas en el sector salud durante el Gobierno de las Fuerzas Armadas, en Miranda E. (Ed.) La Salud en Chile. Evolución y perspectivas, CEP. Santiago: Chile, p.257-273
- Infante A. y Guillermo Paraje G., (2010) La Reforma de Salud en Chile Documento de Trabajo PNUS 2010 – 4. Disponible en www.pnud.cl
- Biblioteca del Congreso Nacional (1980), DL No. 2.763 sobre Reglamento Orgánico del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- Mesa-Lago C. (2009) Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas. CEPAL, Serie de Políticas Sociales N° 150: Santiago de Chile
- Comisión Nacional de Salud de la Nueva Mayoría, “La salud en Chile: sentando las bases para un nuevo sistema para todas y todos”, Documento final, 17 de marzo de 2014
- Gattini C. (2016) La atención primaria de salud en Chile. Teoría, práctica y desafíos (documento en edición)
- Becerril V., Freyes J. y Manuel A. (2011) Sistema de Salud en Chile. Salud Pública de México Vol 53, suplemento 2 de 2011
- Gattini C. y Arteaga O (2016) Teoría y práctica del aseguramiento privado de salud en Chile: brechas, consistencia y reforma pendiente. Tempus, actas de saude colet. Brasilia 10 (1), pp29-42, mar,2016
- FONASA (2007), Protección Social en Salud en Chile
- FONASA (2011) Boletín Estadístico de FONASA 2010-2011
- FONASA (2013) Boletín Estadístico de FONASA 2013
- MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile (2008), Financiamiento del sistema de salud en Chile
- Ministerio del Desarrollo Social (2011), Informe de Política Social 2011. Disponible en: www.ministeriodesarrollosocial.cl
- MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile (2008), Financiamiento del sistema de salud en Chile
- MINSAL, Superintendencia de Salud (2012), Archivo Maestro de Beneficiarios
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2013), Compendio Estadístico 2013.
- Ministerio de Salud (2012). Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS, www.deis.cl
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2011), Compendio Estadístico 201
- Galleguillos S. (2011) Seminario sistemas de salud: pensando en el Chile del 2025. Preguntas para la Reflexión. Instituto de Administración en Salud U. de Chile.
- Lenz R (2016a). Evolución de gastos e ingresos en salud público y privado en Chile 2005-2013. Parte I:

Sistema y FONASA. ISP Universidad Andrés Bello, enero de 2016.

25. Lenz R (2016b). ¿A quién beneficia el mayor gasto en salud? Evolución de gastos y financiamiento del

seguro publico por grupos de ingreso. Resultados preliminares para discusión. ISP Universidad Andrés Bello, abril de 2016.

26. FONASA (2016) Boletín Estadístico 2014-2015.