Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

# ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Serie de Salud Poblacional N°2.

Centro de Epidemiología y Políticas de Salud
Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo

Inscripción Registro de Propiedad Intelectual N° 309.548
Universidad del Desarrollo

© 2019, Universidad del Desarrollo

ISBN versión Impresa: 978-956-374-036-3
ISBN versión Digital: 978-956-374-037-0

Licencia Creative Commons

Esta obra está bajo una Licencia
Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Esta licencia permite el uso, distribución y a reproducción del libro en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente a los autores

**Editores:**

Claudia González Wiedmaier, Carla Castillo Laborde, Isabel Matute Willemsen

**Autores en orden alfabético**

**Ximena Aguilera Sanhueza,** Médico –Cirujano, Especialista en Salud Pública, Magister en Salud Pública. Directora Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Carla Castillo Laborde**, Economista, Magister en Economía mención Políticas Públicas y MSc in International Health Policy (health economics). Docente-Investigadora Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Trinidad Covarrubias Correa**, Médico –Cirujano, Magister en Filosofía, Economía y Política de la Salud. Docente-Investigadora Programa de Estudios Sociales en Salud, Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Iris Delgado Becerra**, Bioestadística, Doctora en Biomedicina, Docente-Investigadora Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Rodrigo Fuentes Bravo**, Médico Veterinario, Magister en Epidemiología, Docente Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Jefe Unidad de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

**María Inés Gómez Bradford**, Médico-Cirujano, Especialista en Salud Pública, Magister en Salud Pública, Magister en Bioética. Profesora Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Claudia González Wiedmaier**, Psicóloga, Magister en Salud Pública, Docente-Investigadora Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Macarena Hirmas Adauy**, Matrona, Magister en Salud Pública, Docente-Investigadora Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Isabel Matute Willemsen**, Socióloga, Magister en Salud Pública, Docente-Investigadora Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Andrea Olea Normandin**, Médico –Cirujano, Magister en Salud Pública, Docente-Investigadora Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Anita Quiroga Araya**, Cirujano Dentista, Ex Directora Servicio Salud Atacama, Ex Jefa de División Gestión y Desarrollo de Personas Subsecretaria de Redes Asistenciales - MINSAL, Coordinadora Dental Corporación Municipal de Peñalolén.

**Oscar Urrejola Ortiz**, Kinesiólogo, Magister en Salud Pública, Docente-Investigador Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo.

**Marco Soto Santiago,** Enfermero, Magister en Salud Pública, Docente-Investigador Centro de Epidemiología y Políticas de Salud. Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo. Profesional de la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Superintendencia de Seguridad Social.

**Revisores alumnos y exalumnos**

**EU. Xaviera Molina Avendaño**, egresada Enfermería 2017 UDD.

**Andrei Florea Matei**, estudiante 5° medicina UDD.

**Revisores externos**

Tania Alfaro Morgado, Médico-Cirujano, Magister en Salud Pública, Profesor Asistente Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Mauricio Apablaza, Ph.D. en Economía, Director de Investigación, Facultad de Gobierno, Universidad del Desarrollo e Investigador asociado Oxford Poverty and Human Development Initiative (OPHI) de la Universidad de Oxford.

Ernesto Báscolo, Economista, Doctor en Ciencias Sociales y Master en Economía de la Salud y Políticas de Salud. Asesor Regional en Gobernanza en Salud, Liderazgo, Políticas y Planificación. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC

Elzo Cuadra Folle, Oficial de Ejército en retiro con el grado de Coronel, Administrador Público, Ex Director Centro Clínico Militar de Iquique.

Citar como: González C, Castillo-Laborde C, Matute I: [ed.]. Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno. Santiago, Chile: CEPS, Fac. de Medicina. CAS-UDD. 2019.

**Centro de Epidemiología y Políticas de Salud.**

**Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo 2019.**

Recurso realizado en el marco de los Proyectos de Innovación y Fortalecimiento de la Docencia del Centro de Innovación Docente, Universidad del Desarrollo.

# INTRODUCCIÓN

Con este documento ponemos a su disposición la segunda publicación de la serie Salud Poblacional del Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, dedicada en esta oportunidad a entregar una visión global sobre la estructura, organización y funcionamiento del sistema de salud chileno, como una herramienta que permita a los estudiantes comprender su estructura, funciones y complejas interrelaciones.

Esta iniciativa surge como un proyecto de "*Innovación y Fortalecimiento de la Docencia*" de la Universidad del Desarrollo, cuyo objetivo es lograr que nuestros egresados de las carreras de la salud conozcan a cabalidad el sistema de salud en el que se van a desempeñar. Creemos que el resultado de este proceso puede además ser útil para todos aquellos que tengan interés en estudiar o trabajar en el sistema de salud chileno. Este documento sistematiza diversas fuentes de información, constituyendo un primer esfuerzo de descripción completa y exhaustiva del sistema, que incluye aspectos poco explorados en publicaciones previas, como el subsistema de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad.

Un aspecto que se enfatiza, y que pocas veces se incluye en la descripción de los sistemas de salud, se refiere a la provisión de servicios de salud colectivos o de salud pública, que son aquellas actividades destinadas a crear las condiciones para que las personas puedan mantenerse saludables, mejorar su salud y bienestar, o prevenir el deterioro de su salud. Estas actividades son de responsabilidad indelegable del Estado de Chile.

Nuestro sistema es complejo, con aseguradores y prestadores públicos y privados. Está conformado por un gran sector público, que asegura a cerca del 78% de la población, un sector privado que da cuenta del 14,4% y los subsistemas de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad que cubren al 3% restante de la población. Paralelamente, para los trabajadores, se agrega el subsistema de salud ocupacional. Cada uno de estos componentes se estructura y organiza a partir de diversas leyes y normativas, existiendo, además, interacciones entre todos ellos, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

El documento se ha organizado en 8 capítulos: comienza con un marco conceptual sobre los sistemas de salud, sus valores, componentes y formas de evaluación. El segundo capítulo, entrega una visión general sobre la estructura del sistema de salud chileno y las instituciones que lo conforman. Continúa con el desarrollo histórico de nuestro sistema de salud desde la construcción del primer hospital, hasta nuestros días. El cuarto capítulo se refiere a las principales entidades aseguradoras Fonasa e Isapres, su funcionamiento y población beneficiaria. El capítulo 5 aborda la provisión de servicios asistenciales públicos y privados, detallándose su organización, niveles de complejidad, tipos de establecimientos y sus mecanismos de pago. Sigue con el funcionamiento y estructura del sistema de

salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, señalando sus beneficiarios, mecanismo de financiamiento y provisión de servicios. El capítulo 7 describe el sistema de salud encargado de los accidentes laborales y enfermedades profesionales, de la ley 19.744, su historia, estructura, las contingencias que cubre y formas de financiamiento. Finalmente, se presentan los servicios de salud pública en Chile, que incluyen la evaluación y vigilancia de la situación salud, el desarrollo de políticas y las actividades destinadas a la protección de la salud de las personas.

Las editoras.

# ÍNDICE

**INTRODUCCIÓN..... 7**

**I. ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE SALUD?..... 13**

1. Definición de sistema de salud ..... 13
2. Valores que guían a los sistemas de salud..... 16
3. Componentes del sistema de salud..... 16
4. Evaluación de los sistemas de salud ..... 21
5. Equidad y acceso a servicios de salud..... 26
6. Cobertura Universal de Salud ..... 28

**II. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO: ESTRUCTURA GENERAL Y FINANCIAMIENTO..... 37**

1. Rectoría ..... 37
2. Fiscalización..... 41
3. Financiación y aseguramiento..... 41
4. Prestación de servicios ..... 45

**III. HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO ..... 49**

1. Salud y beneficencia (1552 - 1916)..... 49
2. Organización de los sistemas de salud y surgimiento del estado de bienestar (1917 - 1951) ..... 52
3. El Servicio Nacional de Salud (1952 – 1978)..... 56
4. Reformas neoliberales (1979-1989) ..... 57
5. Retorno a la democracia ..... 59

**IV. ENTIDADES ASEGURADORAS ..... 73**

1. Fondo Nacional de Salud (Fonasa) ..... 74
2. Instituciones de Salud Previsional (Isapres) ..... 82

**V. PRESTADORES DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD ..... 91**

1. Prestadores Públicos: El Sistema Nacional de Servicios de Salud ..... 93
2. Prestadores Privados ..... 109

**VI. SUBSISTEMAS DE SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS, DE ORDEN Y SEGURIDAD PÚBLICA ..... 123**

1. Subsistemas de Salud de las Fuerzas Armadas ..... 123
2. Subsistema de Salud de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública ..... 130

**VII. SUBSISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL ..... 139**

1. Financiamiento y estructura ..... 142
2. Cobertura del seguro ..... 145
3. Prestaciones que entrega el seguro ..... 147

**VIII. INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA 155**

1. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública ..... 156
2. El Código Sanitario ..... 178

**GLOSARIO ..... 189**

# I. ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE SALUD?

*Autora:* ***Ximena Aguilera Sanhueza***

Este capítulo tiene como objetivo entregar un marco general sobre los sistemas de salud e introducir los distintos conceptos relacionados, con el fin de facilitar la lectura y comprensión del sistema de salud chileno que se describe más adelante en este libro.

En primer lugar, se aborda el concepto de sistema de salud, los objetivos o fines que persigue y los valores que guían su actuación. Posteriormente, se describen los seis componentes esenciales que considera la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se entregan nociones sobre la evaluación del desempeño del sistema de salud. Finalmente, se revisan conceptos relacionados con la equidad en el acceso a los servicios de salud y el concepto de Cobertura Universal de Salud (CUS), que es en la actualidad, la iniciativa más relevante en el área de sistemas de salud a nivel global.

## 1. Definición de sistema de salud

Según la Real Academia de la Lengua Española, un sistema es un "conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto"; en coherencia con esta definición, la OMS señala que un sistema de salud "consiste en el conjunto de las organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud" (1). Es importante destacar que la OMS reconoce que junto con esta finalidad principal, "mejorar la salud", existen otros dos fines igualmente importantes para el sistema: responder a las expectativas de las personas, otorgando un trato digno y adecuado a los usuarios, y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud (2). Estos tres objetivos tienen un valor intrínseco, puesto que el sistema de salud es parte del tejido social y contribuye no solo a la salud de la comunidad, sino también a la equidad, la justicia y el respeto a la dignidad de las personas (3).

De esta forma un buen sistema de salud sería aquel que entrega servicios de calidad, que responde a las necesidades de la población, protege del riesgo financiero de la enfermedad y que al mismo tiempo, dispensa un trato digno a los usuarios (5). Muchas veces es difícil equilibrar las tres metas; por ejemplo, en Chile hay críticas continuas y mala evaluación del sistema debido al alto costo de las prestaciones o por la mala calidad del trato (6,7), situación que no se condice con los buenos resultados que se exhiben en los indicadores poblacionales de salud.

Con respecto al primer objetivo, es indudable que mejorar la salud es esencial para el sistema de salud. Los salubristas piensan que el sistema actúa como un poderoso determinante de la salud que puede promover mejoras sanitarias colectivas; no solo mejorando los promedios, sino también la distribución de la salud, al reducir o mitigar las diferentes consecuencias que tienen las inequidades sociales (cuadro I.1) (4,8).

**Cuadro I.1. Rol del sistema como determinante de la salud**

*"El sistema de salud, entonces, es en sí mismo un factor determinante intermediario. La función del sistema sanitario se torna particularmente pertinente en el caso del acceso y cobertura a atención de salud, servicios personales y no personales. El sistema de salud puede abordar directamente las diferencias de exposición y vulnerabilidad, no sólo al mejorar el acceso equitativo a la atención integral de salud, sino también al promover la acción intersectorial para mejorar el estado de salud, por ejemplo, a través de la administración de suplementos alimentarios en atención primaria o por medio de acciones educativas.*

*Un aspecto adicional de gran importancia es el papel que desempeña el sistema de salud al mediar en las consecuencias diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas a través de procurar que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y de facilitar la rehabilitación y reintegración social de éstas."*

Fuente: Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción ((4),p.16).

Existen numerosos ejemplos de la contribución del sistema de salud al progreso sanitario, entre los que podemos destacar la reducción de la mortalidad maternal e infantil, asociada al aumento de la cobertura de la atención profesional del parto y la disminución de la incidencia y mortalidad de las enfermedades prevenibles con vacunas, que permiten incluso reducir las desigualdades cuando logran cobertura universal. Asimismo, si analizamos las estrategias de prevención y el control de la Tuberculosis y del VIH, las principales enfermedades transmisibles en el mundo, observaremos que sus pilares son promover el diagnóstico precoz y el acceso oportuno al tratamiento farmacológico, lo que permite recuperar la salud de los afectados y cortar las cadenas de transmisión. Y finalmente, también hay varias experiencias exitosas en el campo de las enfermedades crónicas no transmisibles, como la enfermedad coronaria, cuya letalidad se ha reducido en parte gracias al mayor acceso a intervenciones clínicas, como el uso de la de terapia trombolítica en el infarto agudo al miocardio (9,10).

La segunda finalidad del sistema es responder a las expectativas de la población. Con ello se alude al concepto "capacidad de respuesta", que la OMS utiliza para medir el desempeño del sistema con respecto a las expectativas que los usuarios tienen sobre el trato que debieran recibir de los proveedores de salud. Abarca dos grandes dimensiones: el respeto a los seres humanos y la orientación a la satisfacción de las inquietudes de los pacientes y sus familias (u orientación al paciente). Para cada dimensión se reconocen distintos aspectos que se detallan en el cuadro I.2 (2).

**Cuadro I.2. Capacidad de respuesta de los servicios, descripción de los dominios.**

| DOMINIOS | | DESCRIPCIÓN |
|---|---|---|
| RESPETO A LAS PERSONAS | Respeto a la dignidad de las personas (no humillarlos ni degradarlos). | Ser objeto de respeto.<br>Tener examen físico con privacidad. |
| | Respeto al carácter confidencial de la información de salud de cada sujeto. | Mantener conversaciones con el proveedor donde otras personas no puedan enterarse.<br>Confidencialidad de la historia clínica. |
| | Autonomía para participar en decisiones sobre la propia salud. | Ser incluido en las decisiones sobre el cuidado y tratamiento, si el paciente lo desea.<br>Que los proveedores pidan el permiso del paciente antes de intervenir. |
| | Claridad en la comunicación. | Que el cuidador de salud escuche atentamente, que explique de manera comprensible y responda preguntas a pacientes y familiares. |
| ORIENTACION AL USUARIO | Atención pronta, inmediata en caso de urgencias y razonable para atenciones electivas. | Recibir el cuidado en cuanto se necesita y tener cortos tiempos de espera para diagnóstico. |
| | Comodidades de calidad adecuada. | Contar con espacios suficientes, asientos, muebles, agua limpia, aire limpio en la sala de espera y otros recintos, instalaciones limpias. |
| | Acceso a las redes de apoyo social y familiar para las personas atendidas. | Recibir en el hospital artículos preferidos por parte de familiares y amigos (jabón, comida, otros).<br>Posibilidad de prácticas religiosas y sociales durante la hospitalización, acceso a diarios y TV, interacción con familiares y amigos. |
| | Selección del proveedor, es decir libertad de elegir a la persona o la organización que le proveerá atención. | Poder elegir la institución que proveerá el cuidado en salud y al profesional que más le guste. |

Fuente: OMS, Informe Mundial de la Salud del año 2000, "Sistemas de Salud: Mejora de su Desempeño" (2).

La tercera meta del sistema es la protección financiera contra los costos de la mala salud. Esto se logra al obtener una distribución equitativa de los costos, para que nadie esté expuesto a un gran riesgo financiero debido a una necesidad de salud, considerando que la atención de la enfermedad puede ser catastróficamente costosa y llevar al empobrecimiento del paciente y todo su grupo familiar. Eliminar las barreras económicas al acceso a los servicios sanitarios es un desafío creciente para toda la sociedad, especialmente para el Estado y las autoridades sanitarias, debido al efecto de mayor demanda asistencial que implica una población envejecida, con mayor carga de enfermedades crónicas y también por la incorporación continua de nuevas tecnologías y medicamentos de alto costo. Por ello, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron el 2005 a desarrollar sistemas de financiamiento sanitario que permitan que todas las personas tengan acceso a los servicios necesarios, sin sufrir dificultades financieras al pagar por ellos, objetivo que se denomina Cobertura Universal de Salud (11).

## 2. Valores que guían a los sistemas de salud

Los valores que guían al sistema son: el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad. La constitución de OMS establece que "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias evitables e injustas en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables. Finalmente la solidaridad, se establece cuando las personas aportan financieramente al sistema según su capacidad y reciben servicios según su necesidad, y no de acuerdo a su capacidad de pago (12,13).

Otro conjunto de valores que orienta la organización de los sistemas de salud, son los contenidos en la Declaración de Alma Ata en 1978 sobre la Atención Primaria de la Salud (APS). En ella, los países, incluido el nuestro, se comprometen a desarrollar la APS como un componente esencial de todo sistema de salud y garantizar su acceso y cobertura a toda la población. Los principios fundamentales en esta declaración son: la equidad, la justicia social, la participación comunitaria y la colaboración intersectorial (14–16).

## 3. Componentes del sistema de salud

La OMS ha descrito seis funciones esenciales o elementos básicos, que, relacionados concertadamente, conforman el sistema de salud. Estos son: la gobernanza, la información, la financiación, la prestación de servicios, los recursos humanos y los medicamentos y tecnología (figura I.1). Señala, no obstante, que no basta con considerar los elementos aisladamente, sino que son igualmente importantes las relaciones, interacciones e interdependencias que se dan entre ellos. De esta manera, la respuesta del sistema es el resultado de la interacción entre los elementos, más que el cambio en alguno de ellos en forma aislada. A su vez, cada uno de los elementos básicos es en sí mismo un subsistema del sistema de salud. Esto significa que al planificar intervenciones en salud, se deben tener en cuenta los efectos que éstas tendrán en todo el sistema, aprovechando las sinergias y previniendo o mitigando las posibles consecuencias no deseadas (1,5,17).

**Figura I.1. Elementos Constitutivos del Sistema de Salud**

Fuente: WHO (2009). Systems thinking for health systems strengthening (1).

Otros autores enuncian los elementos del sistema de salud de una forma diferente. Por ejemplo, se habla de los proveedores, la población, el Estado (como mediador colectivo), las organizaciones que generan recursos y los otros sectores que producen servicios que tienen efecto en la salud. La misma OMS, con anterioridad a su actual concepción de los seis elementos básicos, había planteado que las funciones claves de los sistemas de salud eran cuatro: la provisión de servicios, la generación de recursos, el financiamiento (incluyendo la recaudación, el acopio y la compra) y la gobernanza del sector salud (o stewardship) (2). Esto es lo que aparecía en el Informe Mundial de la Salud correspondiente al año 2000 titulado "Sistemas de Salud: Mejora de su Desempeño", y se menciona aquí, debido a que muchos autores aún se refieren a esos cuatro elementos como las funciones básicas del sistema. En la práctica, la actual conceptualización divide lo que aparecía como generación de recursos, diferenciando los recursos humanos de las tecnologías de salud, y agrega el componente de información, que antes estaba subsumido en la gobernanza (Figura I.1). A continuación, se describe el rol que juegan las personas y los seis elementos básicos del sistema de salud:

- En el centro del sistema figuran las **personas**, quienes cumplen un papel fundamental, no solo como beneficiarios que tienen una necesidad de salud y buscan atención, sino que, además, como actores en la conducción del sistema. Por ejemplo, según Frenk, las personas juegan cinco roles clave en el sistema de salud: son los pacientes que buscan atención, son consumidores con expectativas sobre cómo deben ser tratados, son quienes pagan impuestos y financian el sistema por este medio o por cotizaciones o pago directo, son ciudadanos que demandan la atención de salud como un derecho

y, finalmente, son coproductores de salud a través de la búsqueda de atención, del seguimiento de las indicaciones o de sus conductas que pueden promover o dañar su salud y la de otros (17).

- El **liderazgo y la gobernanza** corresponden a la función de conducción del sistema de salud en su totalidad. Para ejercer la gobernanza se requiere proveer de visión y dirección al sistema de salud, tener acceso a la mejor información disponible y ejercer influencia mediante la regulación y otros mecanismos. Las principales tareas de este componente son: 1) dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras, 2) formular los planes y programas generales del Sistema, 3) coordinar y controlar la actividad de los organismos del sistema y 4) supervisar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y normas de salud (1).

- La **prestación de servicios** se refiere a la entrega de intervenciones de salud a las personas en forma individual o colectiva. Las intervenciones pueden comprender acciones que van desde la promoción de la salud, pasando por la prevención, tratamiento, rehabilitación, hasta culminar en la paliación. Los servicios entregados son lo que el sistema produce (el *output*), para lo cual se requiere el concurso de todos los otros elementos y la interacción con las personas. Los servicios individuales (o asistenciales) son entregados directamente a personas, como, por ejemplo, la atención médica o la inoculación de vacunas. Los servicios colectivos (o de salud pública) son entregados a las comunidades y no permiten la "apropiación individual", como es el caso de las campañas comunicacionales, el control vectorial o el control de alimentos.

  Entre los atributos que se exigen a los servicios de salud están la eficacia, la seguridad y la calidad. También se les pide que estén destinados a quienes los necesitan, cuando y donde se necesitan y que sean realizados con un mínimo desperdicio de recursos (1). Habitualmente, la provisión de servicios se mide por la cantidad de prestaciones que se producen en un tiempo determinado, lo que se denomina la producción u "oferta de prestaciones", que coincide con el uso de las prestaciones por las personas (utilización). La oferta se describe habitualmente por tipo de prestación, por ejemplo, el total de egresos hospitalarios, de consultas médicas, de exámenes de imagenología, de laboratorio, de intervenciones quirúrgicas y otros. Esta producción se puede expresar en números absolutos, por ejemplo, se produjeron 3 millones de consultas médicas anuales, pero también se puede expresar como una tasa de uso por habitante, por ejemplo, 3 consultas promedio per cápita al año.

- El **personal sanitario** corresponde a las personas que trabajan en el sector público, privado o no gubernamental entregando prestaciones de salud y es el recurso o insumo fundamental para la producción de servicios. Un servicio asistencial se entrega cuando se encuentran las personas que buscan atención con otras a quienes se les ha confiado ese servicio. Por ello, se dice que el personal sanitario debe ser capaz de combinar la competencia técnica con la vocación de servicio, y estar orientado por el compromiso ético y la responsabilidad social. En cuanto a los atributos que se exigen del personal sanitario, se menciona el que esté disponible en número suficiente, que sea receptivo a las necesidades y expectativas de la población, y que tenga un desempeño justo y eficiente. Para que estos atributos se logren, es fundamental el papel de la gobernanza o liderazgo del sistema, de manera que garantice la inversión en educación, formación, contratación, desarrollo, motivación y retención de la fuerza laboral. La gobernanza del sistema debe, además, crear los incentivos necesarios para la disponibilidad y retención de personal en zonas rurales, remotas y menos desarrolladas, garantizando una distribución equitativa. El personal sanitario se mide habitualmente como disponibilidad de profesionales por tipo, lo que se llama la dotación, y se expresa en números absolutos o también como una razón por habitantes (densidad o disponibilidad por habitantes) (1,16,18,19).

- La **tecnología de la salud** o tecnología de la asistencia sanitaria, se define como "la aplicación de conocimientos y habilidades organizados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida" (20). Al igual que el componente anterior, las tecnologías de la salud se consideran recursos o insumos para la producción del servicio de salud o prestación, y de su disponibilidad depende fuertemente el acceso, así como del gasto en salud. A las tecnologías de salud se les exige que sean de calidad, seguras, efectivas y costo-eficaces, pero, además, que sean usadas en forma racional, con base científica, de manera de hacer un uso eficiente y seguro de los recursos. Los elementos clave para ello son: la existencia de mecanismos regulatorios estrictos, tanto para su autorización, como en su uso; la disponibilidad de mecanismos de distribución adecuados; la definición de listados nacionales de productos médicos y medicamentos esenciales, que deben estar disponibles por nivel de atención, y la existencia de mecanismos de evaluación de tecnología sanitaria. La tecnología sanitaria se puede medir como recursos disponibles por tipo, especialmente en el caso de equipamientos médicos, en números absolutos o como una razón por habitantes, por ejemplo, se dispone de 5 equipos de Resonancia Nuclear Magnética, o hay un equipo por cada 1 millón de habitantes. También se puede medir el uso de la tecnología a través de la producción de prestaciones o utilización de tecnologías de salud en números absolutos o en tasas de uso por habitante, por ejemplo, al año se producen 20 millones de placas de radiografías o al año, en promedio, se realiza una radiografía por habitante (1,3,5,20).

- La **financiación** consiste en recaudar y mancomunar (o aunar) los fondos requeridos para remunerar a los proveedores de atención médica y de salud, con el fin de cubrir las necesidades de las personas, individual o colectivamente. Comprende tres acciones básicas: la primera, es determinar los recursos financieros disponibles en el sistema de salud; la segunda, es mancomunar o fusionar los recursos provenientes de impuestos, cotizaciones sociales, copagos y otros y, finalmente, la tercera, es distribuir y asignar los flujos financieros dentro del sistema. La financiación puede ser un instrumento clave de la política para mejorar la salud y reducir las desigualdades, al remover barreras económicas al acceso o reducir el impacto del gasto en salud para las familias, especialmente del gasto catastrófico. De la financiación se exige que recaude fondos suficientes, que provea un sistema de mancomunación de fondos que permita compartir los riesgos financieros de forma solidaria y que garantice el uso de los recursos de manera eficiente (1,2,11).

- El componente de **información** se refiere a la existencia de una infraestructura o sistema de información, que permita generar, analizar y diseminar datos para una mejor conducción del sistema de salud (21). Comprende las funciones de producción, análisis, difusión y el uso de información sobre fundamentalmente tres aspectos: 1) la situación sanitaria; 2) los determinantes de la salud; y 3) el desempeño del sistema de salud. Es decir, información sobre los desafíos de salud que el sistema enfrenta, el contexto en el cual opera y la producción, resultado e impacto de sus acciones. Para medir y monitorear estos tres aspectos es necesario organizar sistemas de información que cubran los siguientes tópicos: a) las mediciones del nivel y de la distribución de la salud en la población (desigualdades), habitualmente obtenida por medio de sistemas de registros administrativos, encuestas poblacionales y vigilancia epidemiológica, que informa sobre la situación sanitaria y el efecto de los determinantes en la misma; b) la información financiera, que se obtiene a través del sistema de cuentas nacionales, que contribuye a medir elementos de contexto y del desempeño del sistema de salud; c) las tendencias y necesidades en el uso de recursos humanos, tecnología de salud y de infraestructura y d) la medición del acceso a la atención de salud y calidad de la atención entregada. Estos dos últimos componentes también están en directa relación con la medición del desempeño del sistema de salud (1,5). La información, adecuada, fiable y oportuna, es clave para garantizar la adecuada conducción o gobernanza del sistema.

## 4. Evaluación de los sistemas de salud

La evaluación de los sistemas de salud no es un tema simple, distintos países y organizaciones han usado diferentes marcos metodológicos, que responden a las diferentes formas de conceptualizar el sistema. Lo que tienen en común estos distintos abordajes, es el sentido del ejercicio de evaluación, que es informar a los tomadores de decisión y a la sociedad sobre el cumplimiento de los objetivos y logros del sistema, con el fin de mejorar el desempeño (22).

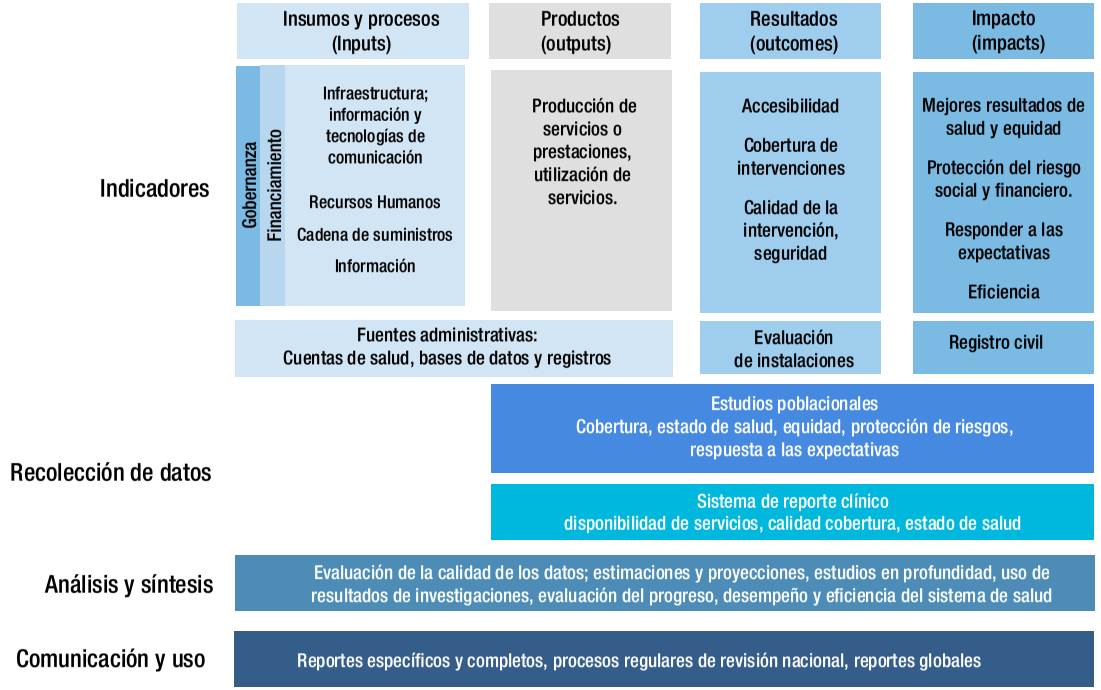
La Organización Mundial de la Salud ha propuesto un marco de análisis, que se basa en una matriz de cadena de resultados, que considera cuatro dominios relacionados entre sí: 1) los insumos o recursos físicos, humanos y financieros; 2) los productos (prestación de servicios, acceso a servicios e intervenciones de calidad); 3) los resultados (el acceso, la cobertura, la calidad y la seguridad de los servicios) y 4) el impacto en el nivel y distribución de la salud, en protección financiera y en capacidad de respuesta del sistema. Esta forma de análisis permite revisar los distintos elementos del sistema y su efecto en el desempeño global del mismo (Figura I.2) (23).

En este enfoque "insumo-producto-resultado-impacto", se considera que el sistema de salud es responsable directo de los indicadores de resultado, es decir, del acceso, cobertura, calidad y seguridad de los servicios. Pero el impacto en la situación de salud, o la reducción de la desigualdad, por ejemplo, no pueden ser atribuidos completamente al desempeño del sistema de salud, puesto que en ellos juegan un rol muy importante los determinantes sociales, es decir, las condiciones estructurales del contexto político, social y ambiental en el que se desenvuelve el sistema. En estas circunstancias, las dimensiones de insumos y producción, son variables explicativas o determinantes del resultado que se obtiene en el sistema en materia de acceso, cobertura y calidad, y que se espera se reflejen en la situación de salud o en la reducción de las desigualdades.

Al revisar la correspondencia del marco de análisis "insumo-producto-resultado-impacto" con los seis elementos básicos del sistema mencionados anteriormente, se pueden considerar como "*insumos*" a los recursos humanos, los recursos financieros, la infraestructura sanitaria y la disponibilidad de medicamentos y tecnología. Los elementos de liderazgo e información son considerados también parte de los "insumos y procesos". La provisión de servicios correspondería a los "*productos*"; los "*resultados*", por su parte, corresponden a la medición del resultado de la provisión de servicios en materia de acceso, cobertura, calidad y seguridad. Finalmente, el "*impacto*" se refiere al nivel y distribución de los indicadores de situación de salud, la medición de la respuesta a expectativas y de la protección financiera.

Otros marcos de análisis enfatizan aspectos como los determinantes de la salud, el financiamiento, así como la eficiencia y la equidad (24).

**Figura I.2. Monitoreo y evaluación de sistemas de Salud**




Fuente: adaptado de WHO (2010), Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework (23).

## 4.1. Medición de resultados

En las secciones previas de este capítulo se revisaron los diferentes componentes del sistema. A continuación, abordaremos la definición y la medición de los resultados. Cuando se habla de resultados, se refiere al acceso o accesibilidad que tienen las personas a los servicios de salud, la cobertura que estos servicios tienen, y la calidad y seguridad con que se entregan:

**a)** **Acceso** es un término amplio, que se refiere a la potencialidad de uso del sistema de salud, o a la capacidad de las personas de utilizar el sistema de salud. Muchos autores prefieren usar el concepto de accesibilidad, dado que el término "acceso" puede confundirse con la utilización del servicio. La accesibilidad se relaciona con las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización; es un concepto multidimensional, que apunta a la probabilidad de obtener atención de salud cuando se la requiere. Las dimensiones de la accesibilidad varían según los distintos autores; pero todos aluden a la evaluación sistemática de los aspectos geográficos, económicos y de aceptabilidad socio-cultural que afectan la capacidad de usar los servicios. De esta forma, la accesibilidad es mayor cuando no hay una excesiva distancia o inseguridad al centro de salud, el precio del servicio es compatible con la capacidad de pago de los potenciales usuarios, es cómodo, en cuanto a los horarios de atención, y es culturalmente aceptable, especialmente en lo relacionado al lenguaje. Se dice que existen "barreras" de acceso cuando alguna de estas dimensiones reduce la probabilidad de utilizar el servicio; es así como se describen barreras geográficas, económicas, organizacionales o culturales (25-27).

**b)** **Cobertura** es el grado en el cual los servicios de salud provistos a la población cubren las necesidades de salud de las personas, o el grado en el cual las personas reciben los servicios que necesitan. Como se desprende de esta definición, la accesibilidad es un requisito para lograr la cobertura. En la práctica, la cobertura se mide como la proporción de personas que recibieron un servicio, del total de personas que lo necesitaban; entonces, el aspecto clave en la medición es identificar quiénes necesitan el servicio. Muchas veces, la necesidad de atención es definida por una norma técnica que define un experto; por ejemplo, cuando se precisa que todos los niños de un año deben recibir la vacuna trevírica, entonces la meta de cobertura es el 100% de la población de un año de edad; otro ejemplo, es cuando se establece que todas las mujeres deben tener una mamografía a los 50 años, por lo que la meta alude específicamente a las mujeres de esa edad. En otras ocasiones, la necesidad está dada por la presencia de una morbilidad o condición de salud; por ejemplo, cuando se establece que todas las personas con hipertensión arterial deben estar incorporadas al programa de salud cardiovascular. En ese caso, la cobertura se calcula como la proporción de

personas con hipertensión que están en el programa, sobre el total de personas con la enfermedad (información que se obtiene de los estudios de prevalencia de hipertensión en la población). También ocurre así cuando se establece que todas las embarazadas deben tener un determinado número de controles pre-natales, cuya cobertura se debiera calcular con base a la estimación del total de embarazadas en la población.

Un concepto relacionado a cobertura es la "cobertura efectiva". Esta se logra, cuando el servicio provisto beneficia la salud de quien lo recibe. Por ejemplo, puede ser que una persona con diagnóstico de hipertensión arterial esté asistiendo al programa de salud cardiovascular, pero no logra compensar sus niveles de presión arterial, y también se puede dar el caso de personas con hipertensión que no saben su condición y no estén incorporadas al programa. Aunque el primer caso se podría incluir en la medición de cobertura del programa cardiovascular, en ninguno de los dos hay cobertura efectiva. La cobertura efectiva es el cociente entre las personas hipertensas que están compensadas, sobre el total de personas que tienen hipertensión, independiente de si lo saben o no. La cobertura efectiva es compleja de medir; se usa con mayor frecuencia para coberturas de servicios orientados a patologías donde hay indicadores "objetivos" de compensación, como es el caso de diabetes e hipertensión (25,27,28).

**c)** **Calidad** de la atención es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados, tanto para los individuos, como para las poblaciones, y son consistentes con los conocimientos actuales (29). La calidad de la atención es, al igual que los conceptos revisados anteriormente, compleja y multidimensional; involucra proveer servicios efectivos, seguros, centrados en las personas, de una forma oportuna, equitativa, integrada y eficiente. Estas siete dimensiones apuntan a características medibles que aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados a los que alude la definición de calidad (ver Cuadro I.3).

**Cuadro I.3. Elementos de la Calidad de la Atención de Salud**

- *Efectivo*, implica que el servicio ofrecido se fundamenta en el mejor conocimiento científico y con base a una guía basada en la evidencia.
- *Seguro*, es que minimice el riesgo de daño a la salud, incluyendo las lesiones, como caídas, y errores médicos.
- *Centrado en las personas*, es que respete y responda a sus preferencias, necesidades y valores.
- *Oportuno,* es que sea provisto en el momento en que se necesiten, con un retraso mínimo.
- *Equitativo,* es que la calidad del servicio no varíe de acuerdo a las características de las personas que lo reciben, cómo género, raza, etnicidad, situación geográfica y estatus socioeconómico.
- *Integrado,* es que exista coordinación entre los distintos proveedores y niveles de complejidad requeridos para proveer los servicios que una persona necesita.
- *Eficiente,* es que los servicios se provean evitando el despilfarro de recursos, como equipos médicos, medicamentos y horas profesionales, que se evite la duplicación de exámenes médicos y se promueva el uso de medicamentos genéricos, por ejemplo.

Fuente: WHO, WB, OECD (2018). Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage (29).

## 4.2. Medición del impacto

La medición del impacto del sistema de salud consiste en medir los avances en el logro de las metas que persigue la organización. Como se mencionó al iniciar este capítulo, se reconocen tres metas principales del sistema de salud: mejorar la salud con equidad, responder a las expectativas de las personas, otorgando un trato digno y adecuado a los usuarios, y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud. Algunos autores agregan una cuarta meta de eficiencia del sistema (2,3).

Cada una de estas materias es evaluada a través del análisis de indicadores que se basan en el uso de registros administrativos o encuestas poblacionales sistemáticas, que permiten valorar tanto el avance de la población en su conjunto, como el de subgrupos de interés para la valoración de la equidad.

El análisis de situación de salud se mide a través de estudios epidemiológicos que deben informar sobre cuánto ha mejorado la salud y si estos avances han contribuido a mejorar la equidad, reduciendo las desigualdades en el nivel de salud que son injustas y prevenibles.

La protección financiera contra los costos de la mala salud se mide a través de estudios de economía de la salud, como por ejemplo, estudios de costos, de impacto económico y evaluaciones económicas. Estos usan fuentes como las cuentas nacionales y las encuestas de presupuestos familiares o de gasto en salud, para valorar, al menos, los siguientes aspectos: cuánto del financiamiento del sector salud proviene del gasto de bolsillo (ver cuadro I.4), cuántas personas tienen gastos que por su cuantía pueden considerarse catastróficos en salud y cuántas personas están en riesgo de empobrecer a consecuencia del gasto en salud. Al igual que en el análisis de la situación de salud, interesa ver el progreso de toda la población y de subgrupos para la valoración de equidad.

**Cuadro I.4. Gasto de bolsillo**

El gasto de bolsillo es definido por la OCDE como aquellos gastos directamente soportados por los pacientes, en que ni los esquemas obligatorios ni voluntarios de aseguramiento cubren el costo de los bienes o servicios de salud. Esto incluye los copagos, o proporción no cubierta de los servicios que son parte de los planes de salud, y otros gastos financiados de forma directa por los hogares, considerándose parte del gasto privado en salud.

Fuente: Health at a Glance 2017 OECD Indicators 2017 (30).

La respuesta a las expectativas de las personas se mide en estudios sociales a través de encuestas poblacionales o de mediciones cualitativas (por ejemplo, encuestas de satisfacción usuaria y estudios de preferencias sociales en salud), que valoran los diferentes aspectos relacionados de respeto a las personas y orientación al cliente.

## 5. Equidad y acceso a servicios de salud

Como ya se ha señalado, la equidad es uno de los valores que guían al sistema de salud. Por ello, muchos países han explicitado en sus políticas de salud que la atención de salud debe ser distribuida en forma justa y equitativa, siendo uno de los aspectos que debiera ser evaluado al analizar el desempeño del sistema de salud. La preocupación por la equidad surge en los distintos niveles del sistema de salud y en cada uno de ellos se pueden utilizar diferentes criterios, principios y razonamientos para su logro. En el cuadro I.5 se presentan algunos ejemplos de definiciones de equidad; en todas ellas aparece la noción de que, para el logro de la equidad, se requiere que los recursos y acciones en el campo de la salud sean asignados según los niveles de necesidad de los individuos.

**Cuadro I.5. Definiciones de Equidad en Salud**

- *"Equidad significa justicia. Significa que las necesidades de la gente, en vez de los privilegios sociales, guían la distribución de oportunidades de bienestar",* Mariano Requena, Cuadernos Médico Sociales (31).
- *"Forma de distribución de los bienes que satisface los merecimientos de cada persona",* Carlos Montoya, Cuadernos Médico Sociales (32).
- *"Equidad es la disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece"*, Diccionario de la Lengua Española (33).
- *"Por inequidad en salud se entienden las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables, además de injustas"*, Margaret Whitehead (34).
- *"La equidad implica: a) en condiciones de salud, disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible; b) en servicios de salud, recibir atención en función de la necesidad (equidad de cobertura, acceso y uso) y c) contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera)",* Organización Panamericana de la Salud (35).
- *"La inequidad en materia de salud denota claramente una falta de satisfacción de las necesidades de salud, posiblemente como resultado de una distribución de los servicios de salud que no tiene en cuenta las diferencias en las necesidades de salud de la población"*, Emmanuel de Kadt y Renato Tasca (36).

El concepto de equidad reconoce que existen diferencias que generan distintas necesidades de salud en las personas. Parte de estas diferencias son derivadas de condiciones inmodificables, como son el sexo, la edad y la raza. Sin embargo, hay otras que pueden ser cambiadas a través de acciones específicas, como el saneamiento básico, los programas nutricionales, la aplicación del enfoque de riesgo y las inmunizaciones. La equidad no pretende responder de manera idéntica a las necesidades de cada grupo, sino que se esfuerza por generar la respuesta más apropiada para cada uno de ellos y así avanzar a una mayor igualdad en la salud de la población.

Esta respuesta más apropiada puede expresarse de diferentes formas; los economistas de la salud, por ejemplo, usan los conceptos de *equidad vertical* y *equidad horizontal* cuando evalúan los sistemas de salud. La equidad vertical es el principio que dice que aquellos que tienen diferentes necesidades de salud deben ser tratados en forma distinta. La equidad horizontal, en cambio, dice que las personas con igual necesidad deben ser tratados en igual forma, no importando su capacidad de pago, raza, género o lugar de residencia (13).

## 6. Cobertura Universal de Salud

Cobertura Universal de Salud (CUS), también denominada cobertura sanitaria universal, significa que todas las personas puedan recibir los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que sufrir penurias financieras para pagarlos (28,38). Todos los países se han comprometido a avanzar hacia la CUS a través de resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas, donde están presentes los líderes de cada nación, y también de la Asamblea Mundial de la Salud, conformada por los Ministros de Salud. Esta meta fue recientemente reafirmada en la promulgación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030 de Naciones Unidas. Ahí, dentro del tercer objetivo, sobre salud y bienestar ("Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades"), se incluye específicamente una meta sobre CUS (Indicador 3.8): *"Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos"* (37–39) (cuadro I.6).

**Cuadro I.6. Cobertura Sanitaria Universal**

*«Garantizar una cobertura sanitaria universal sin empobrecimiento, forma la base para lograr los objetivos sanitarios así expuestos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.*

*"La Salud para todos" debe ser el centro de gravedad de los esfuerzos para lograr todos los ODS, porque cuando las personas están sanas, sus familias, comunidades y países se benefician. Pero aún tenemos un largo camino por recorrer. Alrededor de 400 millones de personas –uno de cada diecisiete ciudadanos del mundo– no tienen acceso a servicios sanitarios esenciales».*

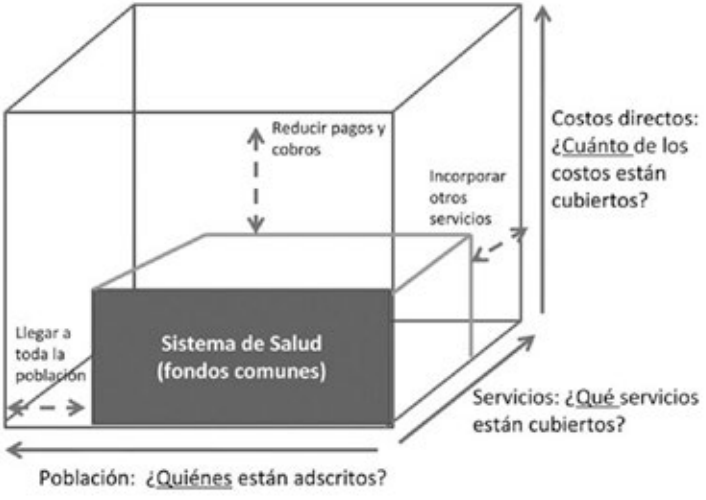
Fuente: Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS (37).

Lograr la cobertura universal de salud sería el resultado deseable del desempeño de todo sistema de salud. El concepto involucra dos dimensiones complementarias: primero, el espectro completo de servicios de salud esenciales de calidad que se necesitan, desde la promoción a la paliación, y segundo, la protección financiera del gasto en salud, cabe destacar que ambos aspectos debieran beneficiar a toda la población. El concepto de servicio "esencial" alude a lo que el país decide que debe estar disponible para todos y es el aspecto más controversial de esta iniciativa. Los servicios "esenciales" deben cumplir con una serie de requisitos, como son: el que solucionen necesidades prioritarias de salud, que exista evidencia de su eficacia en la reducción del daño, que existan los recursos humanos y tecnológicos en el país para otorgarlos (o que sea factible implementarlos si no existen en el momento actual), que puedan otorgarse con la calidad adecuada y que el costo sea sostenible para el nivel de desarrollo económico del país. En cuanto a la protección financiera, se refiere a evitar que las

personas empobrezcan debido a pagos directos excesivos para obtener atención, también llamado gasto de bolsillo (40).

Estas dimensiones de la CUS han sido graficadas en un cubo (ver figura I.3): el eje horizontal representa a toda la población, asumiendo que todos necesitan servicios de salud, y el nivel de llenado de ese eje representa la proporción que actualmente es alcanzada o cubierta. El eje diagonal representa todos los servicios esenciales de calidad que debieran ser accesibles a toda la población y el nivel de llenado representa la oferta actual de servicios, con respecto al total de servicios que se debieran proveer. Finalmente, el eje vertical, representa los costos directos de la atención y el nivel de llenado representa la proporción de los costos de la atención que son financiados a través de sistemas de seguro, con fondos mancomunados, y no por pago de bolsillo (11,40).

**Figura I.3. Dimensiones a considerar en el avance a la Cobertura Universal de Salud**




Fuente: WHO. The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage (2010). Adaptada por Frenz, P. et al. Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN. Rev Med Chile 2013; 141: 1095-1106, pág 1096 (41).

La equidad en la CUS se alcanza al entregar igual protección financiera, cobertura de servicios, e idealmente la cobertura efectiva, frente a iguales necesidades en diferentes subgrupos de la población, al menos considerando nivel socioeconómico, género, residencia urbano-rural y pertenencia étnica, a lo que recientemente se ha añadido la condición de migrante (28,42,43).

Es interesante constatar que este concepto de cobertura universal puede tener diferentes interpretaciones y que debido a ello ha sido objeto de fuertes debates y críticas. Sobre la interpretación, muchas personas piensan que la cobertura universal se refiere únicamente a la proporción de personas que están cubiertas por seguros de salud, lo que se denomina la "cobertura de aseguramiento". Pero tener un seguro de salud no significa tener garantías de acceso a los servicios que se requieran, ni significa necesariamente tener una adecuada protección financiera del gasto de bolsillo, que son los aspectos concretos que enfatiza la CUS. En cuanto a las críticas, como se menciona previamente, el aspecto que genera mayores controversias sobre la iniciativa es el concepto de "servicios esenciales", porque algunos piensan que favorece la elaboración de "paquetes básicos" de servicios, para ser provistos por el sector privado, debilitando el derecho a la salud y los sistemas públicos de salud. También se critica que tenga un enfoque muy dirigido a la cobertura de servicios personales y asistenciales, y debilite la acción intersectorial, que es muy necesaria para modificar los determinantes sociales y garantizar una sociedad más saludable y no solo mejor atendida (44). Por ello, algunas organizaciones, incluyendo la Organización Panamericana de la Salud (OPS), prefieren usar el concepto de "salud universal" y de "acceso y cobertura universal de salud" (12,45).

*En síntesis, en este capítulo se han abordado los principales aspectos conceptuales del sistema de salud, se describen sus componentes y se entregan algunas nociones generales sobre su evaluación, para finalizar revisando dos elementos relevantes en el diseño de políticas de salud, como son la equidad en el acceso y la iniciativa de Cobertura Universal de Salud.*

## Bibliografía


1. Alliance for Health Policy and Systems Research - WHO. Systems thinking for health systems strengthening [Internet]. Don de Savigny and Taghreed Adam, editor. 2009. 112 p. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf;jsessionid=C6B4FD203D8738F5BD82A5C10DA0541A?sequence=1

2. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000. 215 p. Available from: https://www.who.int/whr/2000/en/

3. World Health Organization. Health Policy and Systems Research [Internet]. Gilson L, editor. World Health Organization; 2012. Available from: https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_reader.pdf

4. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción [Internet]. Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud (ICES). 2005. Available from: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf

5. World Health Organization. Key components of a well functioning health system. Geneva WHO Heal Syst [Internet]. 2010; Available from: https://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/en/

6. Supertintendencia de Salud de Chile. Estudio de usuarios del sistema de salud y prestadores respecto de la ley de derechos y deberes del paciente. 2014.

7. Superintendencia de Salud de Chile. Estudio de opinión a usuarios del Sistema de Salud y posicionamiento de la Superintendencia de Salud [Internet]. 2016. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14189_recurso_1.pdf

8. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health [Internet]. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. 2010. Available from: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

9. Mendis S, Chestnov O. Costs, benefits, and effectiveness of interventions for the prevention, treatment, and control of cardiovascular diseases and diabetes in Africa. Prog Cardiovasc Dis. 2013;

10. Reed GW, Rossi JE, Cannon CP. Acute myocardial infarction. Lancet. 2017;389(10065):197–210.

11. World Health Organization. The world health report 2010 – Health systems financing: the path to universal coverage. [Internet]. Geneva, Switzerland; 2010. Available from: https://www.who.int/whr/2010/en/

12. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. In: 53.o Consejo Directivo, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas [Internet]. 2014. Available from: https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file

13. Doorslaer EKA van., Wagstaff A, Rutten FFH. Equity in the finance and delivery of health care : an international perspective. Oxford University Press; 1993. 416 p.

14. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre 1978 [Internet]. 1978. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

15. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial de la salud 2003: Forjemos el futuro [Internet]. Geneva; 2003. Available from: https://www.who.int/whr/2003/es/

16. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF) 2018. Declaration of Astana 2018. Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018 [Internet]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf

17. Frenk J. The Global Health System: Strengthening National Health Systems as the Next Step for Global Progress. PLoS Med. 2010;7(1).

18. Frenk J, Chen L, Bhutta Z a, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Lancet [Internet]. 2010 Dec 4 [cited 2013 Feb 27];376(9756):1923–58. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623

19. Atun R, Weil DE, Eang MT, Mwakyusa D. Health-system strengthening and tuberculosis control. Lancet. 2010 Jun;375(9732):2169–78.

20. Organización Mundial de la Salud. OMS | Dispositivos Médicos: Definiciones [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017. Available from: https://www.who.int/medical_devices/es/

21. AbouZahr C, Boerma T. Health information systems: The foundations of public health. Bulletin of the World Health Organization [Internet]. 2005; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/73153/bulletin_2005_83%288%29_578-583.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Jaramillo A, Ruales J. Curso Virtual Funciones Esenciales de Salud Pública. Módulo 3: Desempeño y Resultados del Sistema de Salud. Washington DC; 2008.

23. Boerma T, Abou-zahr C, Bos E, Hansen P, Addai E, Low-beer D. Monitoring and evaluation of health systems strengthening. World Health Organization. 2010.

24. Castillo-Laborde C, Aguilera-Sanhueza X, Hirmas-Adauy M, Matute I, Delgado-Becerra I, Nájera-De Ferrari M, et al. Health insurance scheme performance and effects on health and health inequalities in Chile. MEDICC Rev. 2017;19(2–3).

25. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: a Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies [Internet]. World Health Organization. 2010. Available from: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

26. Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria. Conceptos- Métodos - Estrategias. Primera Ed. Masson, editor. Barcelona; 1987.

27. Last JM. A Dictionary of Public Health. 1st ed. 1st ed. Last JM, editor. New York: Oxford University Press; 2007. 405 p.

28. Evans DB, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access [Internet]. Bulletin of the World Health Organization 2013 p. 546-546A. Available from: https://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/en/

29. World Health Organization, World Bank, Organization for Economic Cooperation and Develpment. Delivering quality health services. A global imperative for universal health coverage [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2018 Nov 27]. 100 p. Available from: http://apps.who.int/bookorders.

30. Organization for Economic Cooperation and Development, Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance 2017 OECD Indicators [Internet]. OECD Publi. Paris: OECD; 2017 [cited 2019 May 16]. (Health at a Glance). Available from: http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm

31. Requena M. Focalizando la equidad. Cuad Médico Soc. 1997;XXVIII(1):3–5.

32. Montoya C. La Equidad: Uso del Concepto como Criterio de Progeso. Cuad Médico Soc. 1997;XXVIII(1):7.

33. Real Academia de la Lengua. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima P. 1992.

34. Whitehead M. The Concepts and Principles of Equity and Health. Int J Heal Serv [Internet]. 1992 Jul 1 [cited 2019 Jan 24];22(3):429–45. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN.

35. Organización Panamericana de la Salud. Metodología para la Evaluación y el Seguimiento de la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe [Internet]. 1998 [cited 2019 Jan 24]. Available from: https://eco.mdp.edu.ar/cendocu/repositorio/00072.pdf

36. Kadt E, Tasca R. Equidad. Serie Salud en el Desarrollo. Organización Panamericana de La Salud / Organización Mundial de la Salud; 1993.

37. Organización Mundial de la Salud. Cobertura sanitaria universal [Internet]. webpage. World Health Organization; 2017. Available from: https://www.who.int/universal_health_coverage/es/

38. Vega J. Universal health coverage: the post-2015 development agenda. Lancet. 2013;381 (9862):179–80.

39. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. Vol. 16301, General Assembley 70 session. 2015. p. 1–35. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E

40. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny M-P, Wagstaff A. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels. PLoS Med. 2014 Sep;11(9):e1001731.

41. Frenz P, Delgado Becerra I, Villanueva Pabón L, Kaufman JS, Muñoz Porras F, Navarrete Couble MS. Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN. Rev Med Chil [Internet]. 2013 Sep [cited 2019 Jan 10];141(9):1095–106. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013000900001&lng=en&nrm=iso&tlng=en.

42. Aguilera X, Hirmas M, Lezaeta L, Gonzalez C, Nájera M, Delgado I, et al. Tuberculosis y prisiones, evaluación del programa de prevención y control en el sistema penitenciario chileno. In: ILibro Resúmenes II Congreso Chileno de Salud Pública y V Congreso Chileno de Epidemiología 23, 24 y 25 de julio de 2014. Santiago de Chile; 2014. p. 22.

43. Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity : what we know , don ' t know and need to know. In: Global Symposium on Health Systems Research [Internet]. Montreux, Switzerland; 2010. Available from: http://healthsystemsresearch.org/hsr2010/images/stories/9coverage_with_equity.pdf.

44. Schmidt H, Gostin LO, Emanuel EJ. Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? Lancet. 2015;386(9996):928–30.

45. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal [Internet]. Web Page. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=403&Itemid=40987&lang=es.

# II. EL SISTEMA DE SALUD CHILENO: ESTRUCTURA GENERAL Y FINANCIAMIENTO

*Autoras:* ***Carla Castillo Laborde, Claudia González Wiedmaier, Isabel Matute Willemsen***

Utilizando el marco conceptual revisado en el capítulo I, el presente capítulo entrega una visión general de la estructura y el financiamiento actual del sistema de salud chileno, considerando las funciones de rectoría y regulación, de fiscalización, de financiación y aseguramiento, así como la función de provisión de servicios asistenciales y de salud pública (figura II.1). Cada uno de los distintos componentes del sistema actual, será desarrollado en detalle en los capítulos IV al VIII de este documento. Por otra parte, la evolución histórica y los principales cambios experimentados, que han dado como resultado su actual conformación, son presentados en el capítulo III.

## 1. Rectoría

El rol rector y regulador de todo el sector salud compete a la Autoridad Sanitaria (cuadro II.1), encabezada por el Ministerio de Salud (Minsal), que debe formular, fijar y controlar las políticas de salud (1) (funciones se detallan en cuadro II.2). Junto con el Minsal, son parte de la Autoridad Sanitaria, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremis) y el Instituto de Salud Pública (ISP), cuyas funciones se describen más adelante.

**Cuadro II.1. El concepto de Autoridad Sanitaria**

*"La Autoridad Sanitaria es el custodio del bien público en salud y su objetivo primordial es la protección y promoción de la salud de la población. Se expresa como la potestad del Estado para incidir sobre las funciones, responsabilidades, y competencias sustantivas que le son propias e indelegables, para efectivamente velar por el bien público en materia de salud".*

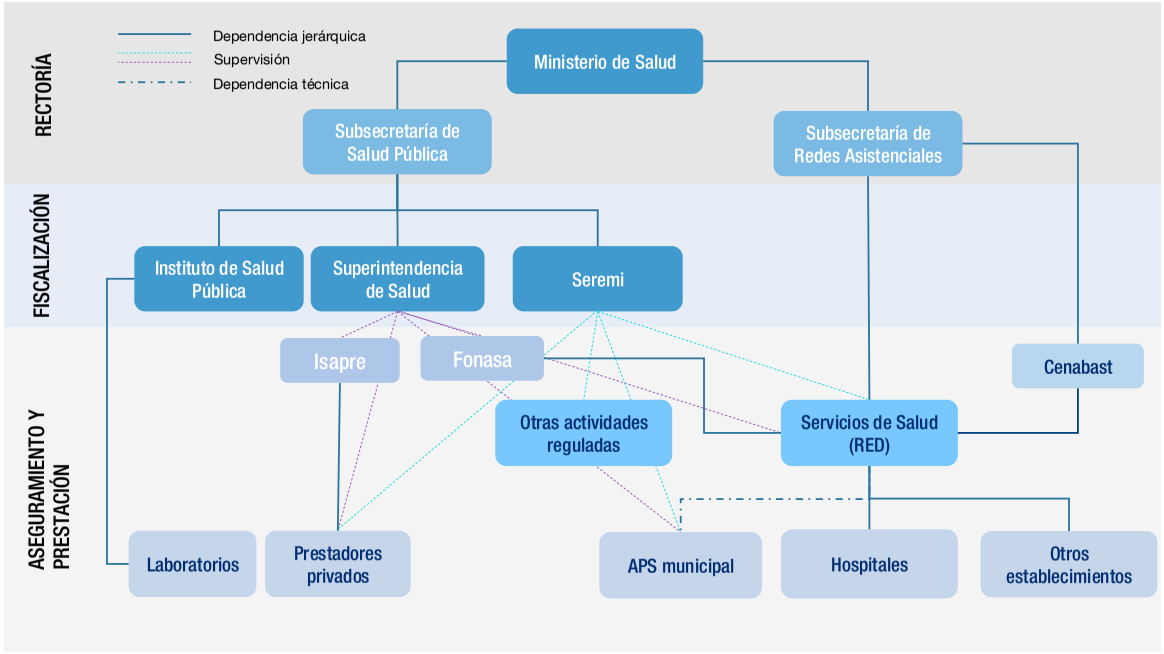
*"Es el conjunto de actores e instituciones del Estado responsable de velar por el bien público en materia de salud".*

*"Los Ministerios de Salud son las principales organizaciones públicas depositarias de la "Autoridad Sanitaria" y en ese carácter son los entes primarios responsables de ejercer la rectoría sectorial".*

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria ((4), p. 8).

El Ministerio está compuesto por 2 subsecretarías, de Salud Pública y de Redes Asistenciales, y 16 Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (Seremis), una en cada región del país (1):

**Figura II.1. Estructura funcional del sistema de salud chileno**




Fuente: elaboración propia basada en Ley 19.937 (1), Decreto Ley 2.763 (2) y DFL 1 (3).

- A la Subsecretaría de Salud Pública, le corresponde diseñar políticas, normas, planes y programas en materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a la población, y velar por su complimiento. Debe coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y del ISP e impartirles instrucciones.

  Le corresponde también administrar el financiamiento de los servicios de salud pública y programas de relevancia nacional que son "bienes públicos" y aquellos que la ley obligue a que sean financiados por el Estado, independientemente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, como son el Programa Nacional de Inmunizaciones, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria o el manejo de brotes y/o epidemias y la gestión y fiscalización de la Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin) (ver capítulo VIII).

  Finalmente, el/la Subsecretario/a de Salud Pública subroga al Ministro/a en primer orden y es el responsable de la administración y servicio interno del Minsal.

- La Subsecretaría de Redes Asistenciales está a cargo de la articulación y desarrollo de la red asistencial del sistema, de la regulación de la prestación de acciones de salud, así como de la definición de normas que determinen niveles de complejidad y de calidad de la atención en salud. Para ello, debe formular políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los Servicios de Salud, la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y otros organismos que integren el Sistema de Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

**Cuadro II.2. Funciones del Ministerio de Salud**

- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias: la formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud; la definición de objetivos sanitarios nacionales; la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios; la coordinación y cooperación internacional en salud; la dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras para la ejecución de actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud.
- Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población.

- Tratar datos con fines estadísticos y mantener registros o bancos de datos respecto de las materias de su competencia. Tratar datos personales o sensibles con el fin de proteger la salud de la población o para otorgamiento de beneficios de salud.
- Formular el presupuesto sectorial.
- Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas ("Sistema AUGE").
- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud.
- Fijar las políticas y normas de inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos públicos de las redes asistenciales.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Establecer estándares mínimos a cumplir por los prestadores institucionales de salud (hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos), para garantizar que las prestaciones tengan la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.
- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar.
- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones.
- Establecer protocolos de atención en salud. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud.
- Implementar, conforme a la ley, sistemas alternativos de solución de controversias sobre responsabilidad civil de prestadores individuales e institucionales, públicos o privados, originada en el otorgamiento de acciones de salud, sin perjuicio de las acciones jurisdiccionales correspondientes.

Fuente: Ley de Autoridad Sanitaria 19.937, Capítulo I, Título I, Artículo 1°, 2004 (1).

## 2. Fiscalización

A cargo de la fiscalización, es decir, de vigilar el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales, están tres instituciones: las Seremis, el ISP y la Superintendencia de Salud.

Las Seremis representan al Minsal en cada una de las 16 regiones del país (órganos desconcentrados territorialmente[1]) y están a cargo de un Secretario Regional Ministerial. Deben velar por el cumplimiento de las normas, planes y programas nacionales, así como adecuarlos a la realidad regional. Para ello, tienen a cargo la fiscalización de las disposiciones contenidas en el Código Sanitario y demás leyes y reglamentos, y cuentan también con atribuciones de vigilancia, inspección y aplicación de sanciones sanitarias (1). El detalle de las funciones de las Seremis se encuentra en el capítulo VIII.

El ISP es el laboratorio nacional de referencia y, como Autoridad Sanitaria, se encarga de supervisar a los laboratorios públicos y todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos, cosméticos y dispositivos de uso médico, salud ambiental, salud ocupacional, y producción y control de calidad de vacunas, entre otros (3). Es un servicio público, que posee autonomía de gestión y está dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propio. Depende del Minsal para la aprobación de sus políticas, normas y planes generales de actividades, así como en la supervisión de su ejecución (1).

La Superintendencia de Salud, por su parte, es un organismo autónomo, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, y está compuesto por dos intendencias: la de Fondos y Seguros Previsionales de Salud y la de Prestadores. La primera, es la encargada de fiscalizar las Isapres, el Fonasa y el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), y la segunda, a todos los prestadores de salud, públicos y privados, sean éstos personas naturales o jurídicas, respecto de su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos en la acreditación (1).

## 3. Financiación y aseguramiento

En Chile, el sistema de salud es segmentado, es decir, dividido en subcomponentes que se "especializan" en distintos grupos de la población (5) y está conformado por un sistema mixto (público y privado) de financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios (figura

1 La desconcentración supone la entrega de facultades privativas a los servicios públicos en decisiones o materias específicas. Para el resto de las competencias, estos servicios siguen dependiendo jerárquicamente del Presidente de la República a través de los ministerios respectivos. La desconcentración, cuyo objetivo es agilizar la gestión del Servicio y contribuir a la regionalización, puede ser funcional: radicación de potestades en órganos inferiores con competencia nacional; o territorial: cuando las respectivas potestades se dejan legalmente en manos de órganos con competencia regional o local (13).

II.2). Los ciudadanos, de acuerdo a sus recursos económicos y motivaciones, se adscriben a alguno de estos subsistemas (6). Toda persona puede acceder a alguno de los seguros, pero la orientación del seguro público (Fonasa) es colectiva e independiente de los riesgos de salud que pueda presentar una persona, mientras que los seguros privados (Isapres) funcionan en base a planes que se tarifican en base a los riesgos o preexistencias (7).

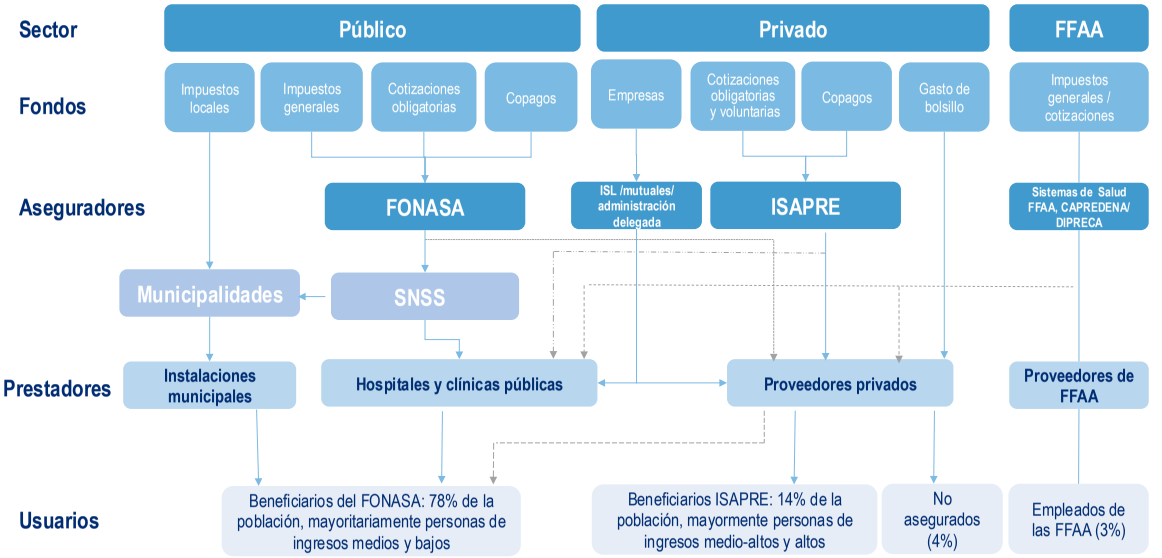
En 2017 el gasto total de salud correspondió al 8,1% del Producto Interno Bruto (PIB), cifra bajo el promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que fue de 8,8% (8). El financiamiento del sector proviene del Estado (impuestos generales) y de cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7% del salario), que juntos acumulan un 60,8% del gasto a 2017; del gasto de bolsillo que alcanza un 32,6% al mismo año (8) (cuadro I.4, capítulo I); y del aporte de las empresas para el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

La mancomunación de los recursos para la atención de enfermedades comunes la realizan las entidades aseguradoras Fonasa, Isapres y de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de Orden (Carabineros, PDI y Gendarmería de Chile), mientras que para enfermedades profesionales y accidentes del trabajo esta función la realizan las Mutualidades y el Instituto de Salud Laboral (ISL) (figura II.2). El funcionamiento de las entidades aseguradoras pública y privadas, de los sistemas de salud de las FFAA y de Orden, así como el de las Mutuales e ISL se describen en los capítulos IV, VI y VII respectivamente.

Fonasa es la entidad encargada de financiar, recaudar, administrar y distribuir los recursos del sector público de salud, y sus fondos provienen de aportes del Estado y de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (7%), asegurando a aproximadamente el 78% de la población chilena (9). Las Isapres, por su parte, son aseguradoras privadas que administran las cotizaciones obligatorias, pudiendo también captar cotizaciones adicionales o voluntarias, y aseguran al 14,4% de la población (9) (figura II.2).

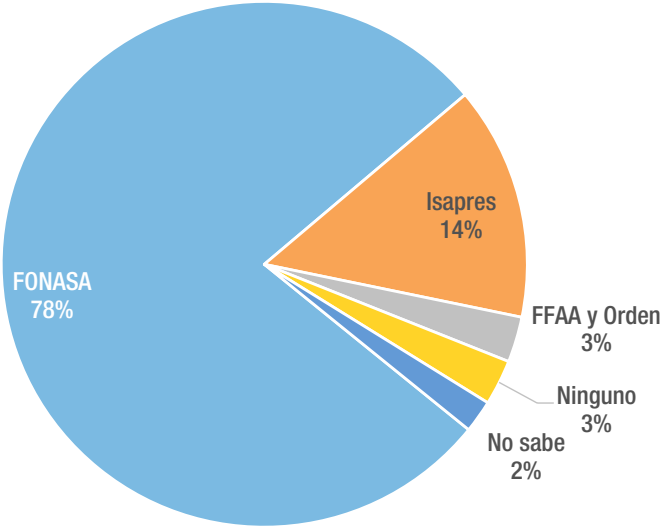
El aseguramiento de las FFAA lo realiza cada una de sus ramas por separado (Ejército, Fuerza Aérea y Armada). Existe también la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena), que asegura a los funcionarios en retiro de todas las ramas que opten por esta caja y a los funcionarios civiles. En el caso de las fuerzas de Seguridad y de Orden, la mancomunión la realiza la Dirección Previsional de Carabineros (Dipreca). En ambos casos, los fondos provienen de aportes del Estado y cotizaciones obligatorias.

**Figura II.2. Financiación y aseguramiento del sistema de salud chileno.**




Fuente: adaptación en base a Becerril-Montekio et al (2011) (10).

**Figura II.3. Distribución de la población según situación de afiliación a sistema previsional de salud**




Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2017 (9).

Las mutualidades (instituciones privadas) y el ISL (institución pública) son las encargadas de administrar el financiamiento para enfermedades profesionales y accidentes del trabajo. En este caso, el aporte lo hacen los empleadores en forma proporcional al salario de cada trabajador, dependiendo de la actividad y el riesgo de cada entidad empleadora (variando entre un 0,93%-3,4%) (11).

Existen, además, seguros voluntarios privados de salud, que generalmente funcionan como seguros complementarios, es decir, entregan cobertura a la parte del gasto que no está cubierto por la institución previsional a la que la persona está afiliada (Isapre, Fonasa, Fuerzas Armadas y Carabineros) (12).

# 4. Prestación de servicios

La prestación de servicios corresponde a la entrega de intervenciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación o paliación. Estos pueden ser individuales (asistenciales) o poblacionales (colectivos o de salud pública). Los servicios asistenciales son aquellos que se entregan a través de centros de salud, hospitales, clínicas o consultas privadas, mientras los de salud pública son aquellos cuyo objetivo es crear condiciones para que las personas sean saludables y son realizados por entidades gubernamentales como el Ministerio de Salud, las Seremis, el ISP o la Superintendencia de Salud.

## 4.1. Servicios asistenciales

El prestador público es el SNSS y está constituido por el Minsal y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fonasa, el ISP, la Cenabast y las instituciones en convenio.

La provisión de servicios asistenciales está a cargo de 29 Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país, que disponen de una red asistencial constituida por hospitales e institutos de especialidad, Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT), Centros de Referencia de Salud (CRS) y establecimientos en convenio. La Atención Primaria de Salud (APS) también forma parte de la red asistencial, pero su administración está delegada, en su mayor parte, en los Municipios. El funcionamiento y la estructura del SNSS será descrita en detalle en el capítulo V.

Los prestadores privados, que se describen también en el capítulo V, se componen de un nivel hospitalario, que involucra clínicas de alta y mediana complejidad, y un nivel ambulatorio con centros médicos y consultas privadas. Estos prestadores pueden establecer convenios tanto con los seguros públicos, como privados. La mayor parte de estas instituciones son con fines de lucro.

Las Fuerzas Armadas y de Orden tienen una red de prestadores propios, como el Hospital Militar, Hospital de la Fuerza Aérea y el Hospital de Carabineros, entre otros, y cuentan con centros médicos para atender a sus beneficiarios. Sin embargo, también recurren a prestadores públicos y privados cuando los servicios institucionales no pueden entregar una prestación (ver Capítulo VI).

Por otra parte, las Mutualidades también disponen de prestadores propios, con hospitales de alta complejidad ubicados en Santiago y centros de menos complejidad en regiones. El ISL, sin embargo, no cuenta con red de prestadores propios por lo que compra servicios de atención médica, fundamentalmente al sector público (ver capítulo VII).

## 4.2. Servicios de salud pública

La ejecución de los servicios de salud pública es de exclusiva responsabilidad y financiamiento del Estado, a través de la Autoridad Sanitaria, que debe ejecutar las acciones específicas de salud pública y movilizar también a otros sectores del Estado para asegurar el cumplimiento de éstas. Sus funciones principales son realizar el análisis de la situación de salud y llevar a cabo la vigilancia de salud pública, desarrollar políticas públicas para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, fiscalizar el cumplimiento de la regulación en salud, garantizar el acceso equitativo de la población a la atención de salud y la calidad de ésta, fomentar la investigación y reducir el impacto de emergencias y desastres. Las instituciones participantes y sus funciones específicas se describen en el capítulo VIII.

*En este capítulo se entregó una visión general del sistema de salud chileno, las principales instituciones que lo conforman y sus funciones asociadas, las que serán revisadas en mayor detalle en los siguientes capítulos.*

## Bibliografía


1. Ministerio de Salud. Ley 19.937 del 24 de febrero de 2004. Modifica el D.L. No 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Chile; 2004.
2. Ministerio de Salud Pública. Decreto Ley 2763. 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 [Internet]. 1979. Available from: http://bcn.cl/1vghv
3. Ministerio de Salud. DFL 1. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley No 2.763, de 1979 y de las Leyes No 18.933 y No 18.469. [Internet]. Chile; 2005. Available from: http://bcn.cl/1uxnu
4. Organización Panamericana de la Salud. Función Rectora de la Autoridad Sanitaria. Marco Conceptual, Instrumento Metodológico. [Internet]. Washington: OPS; 2007 [cited 2018 Dec 14]. p. 82. Available from: http://www.paho.org/hq/documents/events/steering_role07/Marco_Concept_Instrum_Metodologico-Funcion_Rectora_04-23-07.pdf?ua=1
5. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2007. Volumen I - Regional. [Internet]. Washington (DC); 2007. Available from: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=ediciones-previas-publicacion-40&alias=22-salud-americas-2007-volumen-i-2&Itemid=231&lang=en
6. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP). Panorama y tendencias de la salud en Chile. Revisión 2013 [Internet]. Serie Técnica del Observatorio Chileno de Salud Pública 2014/1. 2014. p. 1–167. Available from: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Panorama_y_Tendencias_de_la_Salud_en_Chile_Revision_2013_1_.pdf
7. Ministerio de Salud - Cooperación Alemana GIZ. Diseño e implementación de una metodología de evaluación, seguimiento y acompañamiento de la reforma de la salud de Chile [Internet]. Santiago de Chile; 2011. Available from: https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=396:disponible-reporte-final-diseno-metodologia-evaluacion-seguimiento-acompanamiento-reforma-salud-chile&Itemid=213
8. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data [Internet]. 2018. Available from: http://www.oecd.org/health/health-data.htm
9. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN. Salud: Síntesis de Resultados [Internet]. Vol. 2017, Encuesta de Caracterizacion Socioeconomica Nacional. 2018. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf
10. Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex. 2011;53(SUPPL. 2).
11. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ley 16.744. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionale [Internet]. Santiago de Chile, Chile; Available from: http://bcn.cl/1uun3
12. Superintendencia de Valores y Seguros. Seguros de Salud : Análisis de Mercado, Regulación y Principales Estadísticas 2003 - 2012. 2014.
13. Consejo de Auditoría Interna General de Gobierno (CAIGG). Los Servicios Públicos en la Administración del Estado. Boletín Electrónico N° 38. Chile; 2017.

# III. HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

*Autoras:* ***Carla Castillo Laborde, Isabel Matute Willemsen, Claudia González Wiedmaier, Trinidad Covarrubias Correa***

Este capítulo presenta la evolución histórica del sistema de salud chileno, desde la creación del primer hospital a mediados del siglo XVI, hasta nuestros días.WSe distinguen cinco grandes períodos: el primero (1552-1916) parte en la colonia, con la creación de los primeros hospitales e instituciones destinadas al cuidado de los enfermos, a cargo de la beneficencia y la caridad pública; el segundo se inicia a principios del siglo XX (1917-1951), con la articulación de las instituciones de beneficencia y el aumento del rol del Estado en la organización de la provisión de servicios de salud; el tercero (1952-1978) es a partir de la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), que integró en una sola estructura todo el quehacer sanitario del país y creó algunos de los programas que contribuyeron en el descenso de la mortalidad infantil y materna, entre otros; el cuarto (1979-1989) describe las reformas neoliberales, que desintegraron el SNS y crearon los Servicios de Salud, las Isapres, y delegaron la administración de la Atención Primaria de Salud a las municipalidades; finalmente, el quinto período (1990 hasta hoy) aborda los acontecimientos ocurridos después del retorno a la democracia, donde los esfuerzos han estado centrados fundamentalmente en mejorar la equidad y eficiencia del sistema de salud. En la figura III.1 se presentan los principales hitos que construyeron el sistema de salud chileno y que se describen en las siguientes secciones de este capítulo.

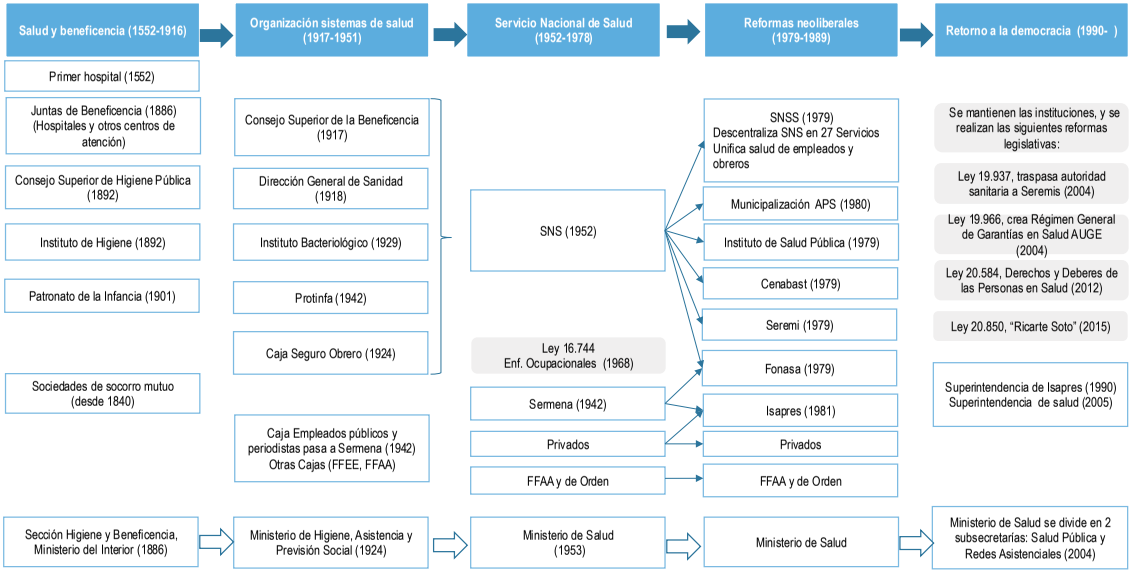
## 1. Salud y beneficencia (1552 – 1916)

El sistema de salud chileno comienza su desarrollo durante la colonia, a mediados del siglo XVI, con la construcción del primer hospital "Nuestra Señora del Socorro" en 1552, poco tiempo después de la fundación de la ciudad de Santiago. Al final del período colonial (1810) existían al menos 14 establecimientos hospitalarios dependientes de cabildos[1] o instituciones religiosas (1).

A mediados del siglo XIX la mayor parte de la población chilena vivía en condiciones de pobreza y miseria; cerca del 70% de los niños moría antes de los 15 años producto de las malas condiciones de vida, el hambre y las enfermedades (2). Frente a la ausencia del Estado, algunos grupos de trabajadores y artesanos crearon las "sociedades de socorro mutuo" o "mutuales" agrupadas por tipo de oficio o lugar de trabajo, con el fin de cubrir los gastos frente a la enfermedad, invalidez o muerte y que se financiaban con aportes de sus afiliados (3).

1 Los Cabildos eran corporaciones municipales, que velaban por el buen funcionamiento de la ciudad y tenían jurisdicción sobre el territorio de la misma. El concejo o cabildo estaba integrado fundamentalmente por los alcaldes y regidores. Entre sus funciones estaban la defensa de la ciudad, administración de justicia en primera instancia, supervisión de los médicos y cuidado de la salubridad pública, construcción de obras públicas y mantención de escuelas, fijación de precios de venta de artículos y servicios, regulación del funcionamiento de los distintos oficios urbanos y velar por el abastecimiento de la ciudad (74).

## Figura III.1. Historia del sistema de salud chileno, 1552 hasta la actualidad




Fuente: elaboración propia

Dentro de los sectores gobernantes y de la comunidad médica surgen voces críticas, que ven la necesidad de intervenir en la precaria situación de salud del país. Las epidemias de viruela y cólera de fines de siglo son las que hacen que el Estado tome medidas.

Así, en enero de 1886, se crearon Juntas de Beneficencia en cada departamento de la República para coordinar todas las organizaciones financiadas por la caridad pública o el Estado, incluyendo hospitales, hospicios, lazaretos, casas de huérfanos y cementerios, entre otras. Asimismo, una Junta Directora de Establecimientos de Beneficencia a nivel nacional coordinaba a las Juntas departamentales. Se creó también la sección de Higiene y Beneficencia en el Ministerio del Interior, como autoridad única en salud (1,2), que sería el origen del futuro Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social de 1924.

En 1887, se creó la Junta Nacional de Salubridad, para asesorar al gobierno en materias de salud pública, y que se convertirá en 1892 en el Consejo Superior de Higiene Pública; ese año, se creó también el Instituto de Higiene, futuro Instituto de Salud Pública (cuadro III.1) (2,4,5).

Para enfrentar el problema de la desnutrición y la precaria salud que afectaba a las embarazadas y los niños, un grupo de benefactores y personas provenientes del mundo de la medicina y la iglesia, crea en 1901 el Patronato de la Infancia, que entregaba servicios a las familias indigentes, que incluían el Asilo Maternal, las Gotas de Leche y las Marmitas. El "asilo maternal" acogía a mujeres que después del parto no tenían donde vivir; las "gotas de leche" eran dispensarios que entregaban atención médica, educación y leche a las madres y a los niños en malas condiciones de salud y nutrición, y las "marmitas" eran cocinas que entregaban comida a estas madres (2,6,7).

**Cuadro III.1. Historia del Instituto de Salud Pública**

En 1892 fue creado el Instituto de Higiene, iniciando sus actividades en la Quinta Normal. Posteriormente, se instaló en la calle Borgoño N° 1.470, comenzando con una incipiente red de laboratorios de química y bacteriología, incorporando más tarde un pabellón de seroterapia. La Sección de Sueros y Vacunas fue la primera en América Latina, con sus servicios de vacunación antirrábica y preparación de suero antidiftérico. Chile aparece, entonces, como pionero en salud pública en el continente americano, considerando que el Instituto Pasteur había sido creado pocos años antes en París, Francia (1888). En 1924, se pone término a esta importante iniciativa de Salud Pública y se cierra el Instituto (8).

Posteriormente, en 1929 se crea el Instituto Bacteriológico de Chile (9), y se inaugura el edificio institucional en la misma calle Borgoño N° 1.470, donde estuvo la sede del Instituto de Higiene. En 1979 (Decreto Ley N° 2.763), se crea el Instituto de Salud Pública (ISP), sucesor legal del Instituto Bacteriológico de Chile, y en 1980, se establece el primer Reglamento Orgánico del Instituto de Salud Pública de Chile "Dr. Eugenio Suárez Herreros" (8).

En 1982, la Institución obtiene un reconocimiento internacional al ser designada como "Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS)" en las áreas de Inmunología y Bacteriología, al igual que lo fuera años antes en las áreas de Control Nacional y Salud Ocupacional. Más tarde, la OMS nombró a cada uno de los Departamentos especializados del ISP como Centro Colaborador, dado el resultado de su labor y el desarrollo obtenido (8).

En 2016 el ISP fue acreditado como Autoridad Reguladora de Referencia en medicamentos nivel IV por la Organización Panamerica de la Salud (OPS), máximo estándar del sistema regulatorio Panamericano (10).

## 2. Organización de los sistemas de salud y surgimiento del estado de bienestar (1917 - 1951)

A pesar de una importante bonanza económica de principios del siglo XX por el auge del salitre, Chile continuaba presentando deteriorados indicadores de salud respecto al resto del mundo. La población trabajadora vivía en condiciones de miseria, que incrementaban enfermedades como la sífilis, la tuberculosis y el tifus exantemático, junto con grandes epidemias de viruela, cólera y peste bubónica (2). No existía protección frente a las enfermedades, accidentes y vejez; las jornadas laborales podían superar las 12 horas, sin derecho a sentarse o siquiera ir al baño, no había regulación para el trabajo de mujeres embarazadas y niños. Esta situación, junto a acontecimientos internacionales como la Primera Guerra Mundial y la revolución bolchevique, influyeron en el aumento de la presión de los trabajadores por la mejora de sus condiciones de vida a través de la creación de sindicatos y llamados a huelgas, registrándose alrededor de 130 huelgas entre 1917 y 1920 (2,11–13).

En este contexto surgió el proyecto de Estado Benefactor o Asistencial, que buscó contener los movimientos sociales (14), mediante el incremento progresivo del rol y el gasto estatal en las áreas de vivienda, educación, salud y protección social de la población. Esto dio origen a diversas leyes e instituciones gubernamentales, como la ley de descanso dominical, la "Ley de la Silla", que obligaba a los propietarios de establecimientos comerciales a tener sillas para sus trabajadores y otorgarles tiempo para almorzar, la ley de salas cunas, que establecía que todo establecimiento industrial con más de 50 mujeres debía disponer de una sala para recibir a los hijos de estas durante las horas de trabajo, y la primera ley de accidentes del trabajo, cuyo objetivo era entregar indemnizaciones y prestaciones médicas frente a un accidente laboral (2,13,15–19).

La beneficencia, hasta entonces principal encargada de la atención de salud bajo la administración de privados y órdenes religiosas, se vio sobrepasada y en bancarrota (2).

Así nace en 1917 una nueva institucionalidad semi-fiscal, que operaba con fondos privados y estatales, y que se hacía cargo de dar asistencia de salud a la población de Chile. Esta institución, el Consejo Superior de la Beneficencia ("Beneficencia y Asistencia Social" a partir de 1932), incluía por primera vez a los médicos, como representantes de la ciencia, en la administración de los servicios asistenciales, como hospitales, lazaretos, sanatorios y otros (2,20).

Un año después, en 1918, y luego de años de tramitación, se promulgó el primer Código Sanitario, que estableció la Dirección General de Sanidad, que debía dirigir los servicios sanitarios del Estado, incluyendo vacunación, desinfección pública, inspección sanitaria, profilaxis y tratamiento de enfermedades infecciosas, entre otras (21). Este código ha sido reformulado solo en tres oportunidades en los últimos 100 años: en 1925, 1931 y en 1968 (22), cuya versión, con modificaciones, sigue vigente hasta hoy.

El Estado asumió también la organización de seguros de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo para la protección de los trabajadores, estableciendo la ley que creaba los seguros de enfermedades, invalidez y accidentes del trabajo en 1924 (23,24). Nace así la Caja del Seguro Obrero Obligatorio para asalariados, aprendices y trabajadores autónomos, que se financiaba de forma tripartita por los obreros, los empleadores y el Estado, e incluía beneficios de atención de salud, auxilio de maternidad, subsidios y pensiones por enfermedad común, auxilio mortuorio y pensión de vejez (11,20). Al año siguiente, se crearon la Caja de Empleados Particulares (Empart) (25) y la Caja de Empleados Públicos y Periodistas (Canaepu) (26), que se sumaron a otras ya existentes, como las de las Fuerzas de la Defensa Nacional (1915) y de Ferrocarriles del Estado (1918). Además, asociaciones y compañías con fines mercantiles o de lucro administraban el seguro de accidentes del trabajo (20). De esta forma, se inició un sistema de previsión social desde el Estado, conformado por diversas instituciones que separaban a los beneficiarios según tipo de trabajo, entregaban diferentes beneficios y operaban con lógicas de financiamiento y aseguramiento distintas (11,20).

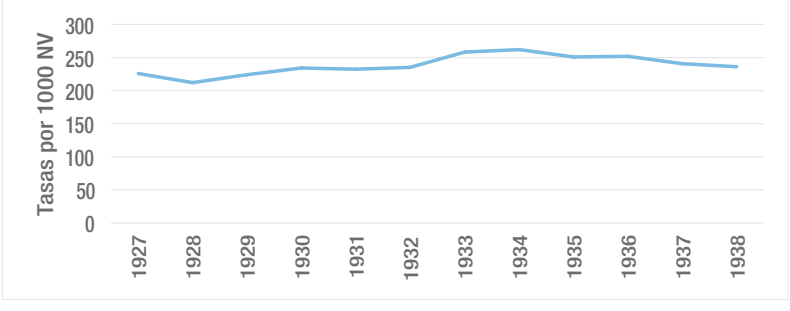
Para la organización y regulación de toda esta nueva institucionalidad, se crea en 1924 el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, a cargo de coordinar *"la Dirección General de Sanidad, el Departamento de Higiene y Beneficencia del Ministerio del Interior, la Inspección General del Trabajo, la Junta de Beneficencia, el Consejo de la Habitación Popular y las Cajas del Seguro Obrero, de los Empleados Particulares y luego, la Caja de Empleados Públicos y Periodistas"* ((2), p.56) Este Ministerio experimentaría muchos cambios de competencias, estructura y nomenclatura a lo largo de los años, hasta llegar al Ministerio de Salud que conocemos hoy.

La importancia que la salud había adquirido en la sociedad chilena se plasma en la Constitución Política de 1925, que señala que es deber del Estado *"velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país", y que "deberá destinar cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener el Servicio Nacional de Salubridad"* (Artículo 14) (27).

A partir de entonces, se fueron realizando modificaciones a la institucionalidad sanitaria: desde 1927 las acciones de salud se organizaron territorialmente según provincias, subdivididas en Circunscripciones Sanitarias coincidentes con las comisarías de Carabineros (2); en 1929 se creó el Instituto Bacteriológico, sucesor del Instituto de Higiene, y en 1931 se promulgó un nuevo código sanitario (28). Los distintos gobiernos fueron expandiendo los beneficios; así, en 1937 se inició la distribución gratuita de leche a menores de 2 años (29), en 1938 se dictaron las leyes de Medicina Preventiva (30), que incluía exámenes sistemáticos y reposo preventivo para los trabajadores, y la ley de Madre y Niño que ampliaba la cobertura de servicios médicos y de alimentación a las mujeres de los afiliados al Seguro Obrero (31,32).

A pesar de los intentos realizados y del rol del Estado en materia de sanidad durante más de una década, los indicadores de salud de la población continuaban siendo deplorables, con altas tasas de tuberculosis, paludismo, enfermedades de transmisión sexual y alcoholismo (2). La mortalidad infantil era de las más altas del mundo; en 1936 murieron 39.569 menores de un año, con una tasa de 252 por 1000 nacidos vivos (figura III.2). Al respecto, Salvador Allende señala (1939): *"Cada 10 niños nacidos vivos, muere uno antes de cumplir el primer mes de vida, la cuarta parte antes de cumplir el año y casi la mitad al cumplirse nueve años"* ((20), p.110). Los niños morían fundamentalmente de enfermedades infecciosas y nutricionales, como neumonía, diarreas, meningitis, gripe, coqueluche, tuberculosis, sífilis o raquitismo.

**Figura III.2. Mortalidad Infantil en Chile 1927-1938**




Fuente: Elaboración propia en base a La Realidad Médico Social Chilena 1939 (20).

Hasta ese momento, la atención de los enfermos, es decir, la medicina curativa, estaba en manos de dos grandes instituciones: la Beneficencia, dueña de los hospitales y con consultorios externos, y el Seguro Obrero, con consultorios externos. La medicina preventiva era responsabilidad del Servicio Nacional de Salubridad, de la Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia (Protinfa), creada en 1942, del Instituto Bacteriológico y del Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena). Este último agrupaba a empleados públicos y particulares (11) y al no contar con infraestructura propia, funcionaba con la modalidad de libre elección, lo que requería de convenios con prestadores y controlaba el gasto a través de copagos elevados (33,34).

A estos se sumaba que la seguridad de los trabajadores estaba en manos de 44 instituciones previsionales. *"El defecto más notorio y evidente de la organización de los servicios médicos de la República es el que se deriva de su falta de coordinación"*, señala Salvador Allende en 1939 ((20), p.185), lo que se traducía en una deficiente atención de los enfermos y en un mal uso de los recursos (20). Era imperiosa la necesidad de unificar todos estos servicios; la experiencia de la fusión de los servicios sanitarios para enfrentar el terremoto de Chillán de 1939 había demostrado claramente las ventajas de contar con un servicio unificado (ver cuadro III.2). En 1942 se propuso la creación del Servicio Nacional de Salud, que cumplía este fin. Este proyecto vería la luz 10 años después (2,11).

**Cuadro III.2. El terremoto de Chillán y los Servicios de Salud Fusionados**

En 1939 ocurrió el terremoto de Chillán, cuyo nivel de destrucción hizo necesaria la organización de los servicios sanitarios para enfrentar la catástrofe. Se creó en ese momento el Servicio de Salubridad de Emergencia que incluía la Dirección de Beneficencia, la Caja del Seguro y la Dirección General de Sanidad. Esto se tradujo en un protagonismo histórico por parte del Ministerio de Salubridad. Esta unión permitió la creación de nuevos servicios en zonas aisladas, la entrega de atenciones hospitalarias y ambulatorias muy superiores a lo que hacía cada una de estas instituciones por separado, así como aumentar la cobertura de la vacunación antivariólica (2,20).

## 3. El Servicio Nacional de Salud (1952 – 1978)

En 1952, durante el último año del gobierno de González Videla, se aprobó la Ley 10.383, que creaba el SNS (35). Este sistema fusionó bajo una dirección única, a una serie de instituciones que cumplían funciones diversas como la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, el Servicio Nacional de Salubridad, el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo, los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades y el Instituto Bacteriológico de Chile (29,36) (ver figura III.1). Tuvo carácter de institución estatal autónoma con financiamiento propio (11,34), vinculándose con el poder ejecutivo a través de la cartera de salud, que desde 1953 pasó a llamarse Ministerio de Salud Pública y Previsión Social (37). A la cabeza del SNS se encontraba un Director General, nombrado por el Presidente de la República en acuerdo con el Senado, que contaba con la asesoría de un Consejo Nacional de Salud. Este era presidido por el Ministro y conformado por *"representantes del Presidente de la República, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, del Colegio Médico, del Parlamento y de organizaciones patronales y obreras"* (34, p.777-778).

De esta forma, en materia de protección y fomento de la salud, las intervenciones del SNS se extendían a todos los habitantes del país, pero las acciones de medicina preventiva y curativa cubrían a cerca del 70% de la población, restringiéndose a los indigentes, y a los obreros y sus familias (11). Fuera del sistema quedaban el Sermena y las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública, con un sistema propio.

El SNS se estructuraba en zonas de salud regionales, con una red interrelacionada de hospitales, consultorios y postas rurales. De esta manera se implementaron programas integrales de salud de forma coordinada en todo el territorio nacional. Destacan aquellos destinados a combatir la desnutrición infantil, como la distribución de leche a los niños y de alimentación complementaria, el control del niño sano, el control de la embarazada, la atención profesional del parto, los programas de vacunación infantil y de adultos, de saneamiento ambiental, los programas de planificación familiar y la elaboración del Formulario Nacional de Medicamentos. Desde 1954 se implementaron los programas de Médicos Generales de Zona y Formación de Especialistas en disciplinas clínicas básicas, lo que hizo posible distribuir médicos en todo el territorio nacional y especialistas clínicos a los hospitales regionales de todo el país. Creó también una cultura sanitaria en la población chilena, que ha permitido hasta hoy la respuesta favorable de las personas a los llamados de la Autoridad Sanitaria, para campañas de vacunaciones o situaciones de alerta sanitaria (34).



Más allá de algunas dificultades de implementación y administrativas, la organización del SNS permitió avances notables en el desarrollo de políticas públicas de salud eficientes que

impactaron en la mejora de la situación de salud del país (14,34,38). Así por ejemplo, a principios de los 70, la mortalidad infantil había bajado a 79 por 1000 Nacidos vivos, es decir, una reducción del 69% con respecto a 1939 (39,40).

Siguiendo con la protección de salud de los trabajadores, se promulga la ley 16.744 (41) que establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, declarando la obligatoriedad del seguro social contra riesgos laborales. Este tema se aborda en detalle en el capítulo VII de este documento.

En síntesis, hasta mediados de los 70 el sector salud estaba constituido por el SNS, el Sermena, y un sector privado que cubría principalmente a particulares no adscritos a algún régimen previsional y la libre elección de los afiliados al Sermena, todos ellos articulados por el Ministerio de Salud.

## 4. Reformas neoliberales (1979-1989)

Poco después del golpe militar de 1973, se inició el debate en torno a los cambios que debían realizarse en el sistema, orientándolo principalmente a la descentralización y al desarrollo del sector privado (42). El primer gran cambio se produjo en 1979 mediante la Ley 2.763 (43), cuando se reestructuró el Ministerio de Salud entregándole todo el poder sobre el sector, se fusionó el SNS y el Sermena, creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) integrado, en ese entonces por 27 servicios descentralizados de salud (con base territorial) a cargo de la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial[2]. Asimismo, se creó el Fonasa destinado al cumplimiento de las funciones de orden administrativo y financiero, el ISP, sucesor legal del Instituto Bacteriológico, y la Central Nacional de Abastecimiento del SNSS (Cenabast) como organismo autónomo, sucesora de la Central de Abastecimiento del SNS, para abastecer de medicamentos e insumos clínicos a los establecimientos del sistema (11,14,42,44,45).

A mediados de 1980, la administración de la mayor parte de los centros de APS pasó de los Servicios de Salud a las municipalidades. Esta medida, si bien buscó la descentralización y la eficiencia del sistema, en la práctica dificultó la coordinación entre los distintos niveles de atención (11,42).

Ese mismo año, una nueva Constitución estableció que el Estado debía proteger el acceso libre e igualitario a distintas acciones de salud y que cada persona podía elegir el sistema de salud al que deseara acogerse, fuera este estatal o privado (46) (ver cuadro III.3). Un año después, se crearon las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), entidades privadas, encargadas de administrar las cotizaciones obligatorias de los trabajadores (47), fijadas en 4% y elevadas



2 Actualmente, el SNSS está compuesto por 29 Servicios de Salud.

en 1988 al 7% del sueldo imponible (29). Esta medida fue concordante con la reforma del sistema de pensiones, en la que el sistema estatal de seguridad social fue reemplazado por dos sistemas: la población que ya cotizaba en el sistema público de reparto (Instituto de Normalización Previsional - INP), pudo optar por mantenerse en ese sistema, mientras que la población que empezaba a cotizar debió adscribirse a un sistema privado, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), con un sistema de capitalización individual (45,48).

**Cuadro III.3. Artículo 19, 9º.- El derecho a la protección de la salud.**

*"El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.*

*Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.*

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

*Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;"*

Fuente: Constitución de la República de Chile de 1980 (46).

En 1985 se reorganizó el sector público de salud en modalidades de atención institucional y libre elección (49), y se clasificó a los beneficiarios de Fonasa en cuatro categorías según sus ingresos (Fonasa A, B, C y D), estableciendo bonificaciones y copagos para cada uno de ellos (49) (ver capítulo IV).

Todas las medidas tomadas en este período permitieron consagrar un sistema de salud mixto que prevalece en la actualidad (11,42).

# 5. Retorno a la democracia

## 5.1. Los primeros 10 años (1990 – 2000)

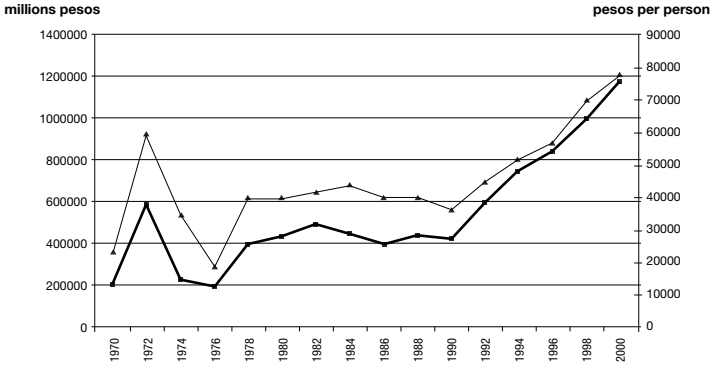
En el año 1990 comenzó la transición a la democracia en Chile, con el Gobierno de Patricio Aylwin Azócar. En los primeros años, los énfasis estuvieron dados en la reconstrucción de la institucionalidad del Estado, a través de reformas constitucionales y leyes políticas. En el ámbito de la justicia social se puso hincapié en la erradicación del desempleo y la pobreza (50,51), que a principios de los 90 era cerca del 40% (52). En salud se centraron los esfuerzos en la recuperación del sector público, ya que al igual que en otros países latinoamericanos gobernados por dictaduras militares, la inversión pública en sectores sociales se había visto considerablemente reducida (53).

Así, durante la década de los 90 el gasto público real en salud aumentó significativamente hasta casi triplicarse (Figura III.3), explicándose principalmente por el crecimiento económico, ya que la proporción del Producto Interno Bruto (PIB) dedicado a gasto público en salud permaneció relativamente estable alrededor del 3% (54). Las prioridades para este gasto estuvieron en la inversión en infraestructura en salud, equipamiento y bienes hospitalarios, el aumento de los salarios y la creación de nuevos puestos de trabajo (55).

En cuanto a la APS, cuya administración continúa a cargo de los municipios hasta hoy, se implementó el pago per cápita (por beneficiario inscrito) actualmente vigente; y en 1997 se crearon los Centros de Salud Familiar (Cesfam), con la consecuente aplicación del enfoque de salud familiar (56,57).

En marzo de 1990 se creó la Superintendencia de Isapres (58), con el objetivo de fiscalizar a estas instituciones en los aspectos jurídicos y financieros, y más adelante, en 1998, se puso fin al subsidio de 2% que permitía a los trabajadores con sueldos bajos alcanzar la cotización mínima para ingresar a las Isapres (55).

**Figura III.3. Gasto público en Salud en Chile, 1970-2000 (pesos año 2000)**




Unger JP, De Paepe P, Cantuarias GS, Herrera OA (2008) Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. PLOS Medicine 5(4): e79. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050079
https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050079

## 5.2. Las reformas de salud del nuevo siglo (2000 – a la fecha)

El primer paso en el proceso de reforma de la salud fue la formulación en el año 2000 de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, que estableció las prioridades del sector: mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad, reducir las inequidades en salud y proveer servicios acorde con las expectativas de la población (59). Estos objetivos sanitarios fueron evaluados terminada la década (60) y reformulados para la década 2011-2020 (36).

A partir de estos objetivos se estructuró una gran reforma, cuyos ejes centrales fueron el reconocimiento del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la participación social en salud. Esta reforma requirió cinco leyes que afectaron distintos ámbitos del sistema (61):

- El financiamiento de la reforma que consideró un alza del Impuesto al Valor Agregado (IVA) de 1 punto porcentual (Ley 19.888 de 2003) (62).

- El funcionamiento de las Isapres, para resguardar la solvencia de las aseguradoras y la protección de sus beneficiarios en caso de cancelación del registro de la Isapre (cierre de

una Isapre) (Ley 19.895) (63), así como la regulación del proceso de adecuación anual de contratos, las alzas de precios, las tablas de factores y el establecimiento del Fondo de Compensación Solidario para las Garantías Explicitas en Salud (GES) entre las Isapres (Ley 20.015 de 2005) (64).

- La gobernanza del sistema de salud chileno, a través de la ley de Autoridad Sanitaria (Ley 19.937 de 2004) (65). En ella se establecieron las funciones del Ministerio de Salud y se crearon dos Subsecretarías, Salud Pública y Redes Asistenciales. Creó también la Superintendencia de Salud, sucesora legal de la Superintendencia de Isapres, a quien corresponde supervigilar y controlar a las Isapres y al Fonasa.

- La creación del régimen GES (Ley N° 19.966 de 2004) (66), que establece garantías de acceso (elegibilidad), oportunidad (tiempos máximos de espera), calidad (atención por prestadores institucionales acreditados y profesionales certificados) y financiamiento (copagos máximos y deducibles), para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un total de 80 problemas de salud priorizados (a julio de 2019), para los beneficiarios de Fonasa e Isapres. El proceso de priorización de los problemas de salud y sus intervenciones garantizadas está a cargo del Ministerio de Salud, asesorado por el Consejo Consultivo GES. Este consejo está compuesto por miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas. El número de problemas de salud con garantías aumentó gradualmente, comenzando con 25 en 2005, hasta llegar a los 80 en 2013, incluyéndose patologías de alta prevalencia como la diabetes y la hipertensión, y patologías asociadas a gasto catastrófico como distintos tipos de cánceres, esclerosis múltiple e insuficiencia renal, entre otros (cuadro III.4).

- Finalmente, en 2012 se promulgó la ley de derechos y deberes de las personas en relación a las actividades vinculadas con su atención de salud (Ley 20.584) (67). Esta ley establece que todas las personas tienen derecho a recibir información oportuna, al resguardo de la información médica, a un trato digno, al respeto a la privacidad, a recibir una atención de salud de calidad y segura, a aceptar o rechazar cualquier tratamiento, entre otras. Establece también deberes para las personas, entre los cuales están respetar el reglamento interno del establecimiento, informarse acerca del funcionamiento del establecimiento, cuidar las instalaciones y equipamiento, tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud y entregar la información necesaria para su tratamiento.

Además de estas leyes, se implementaron una serie de programas destinados a cumplir los objetivos sanitarios, entre los que destacan el Programa *Chile Crece Contigo* en 2006; se trata de un sistema de protección a la infancia que ofrece apoyo diferencial desde la

gestación y nacimiento, a los niños entre 0 y 4 años, a sus padres, y que se ha extendido gradualmente para cubrir hasta el término del primer ciclo de educación básica en 2018. En materia de prevención, el 2011 se lanzó el Programa *Elige Vivir Sano*, un programa interministerial resultante de la alianza público-privada, con el objetivo de motivar a los chilenos a modificar sus hábitos de vida (dieta saludable, actividad física, mayor tiempo al aire libre y mayor tiempo en familia) (68).

Más recientemente, y en el ámbito de los medicamentos, se pueden mencionar dos iniciativas relevantes:

- La Ley de fármacos, que modifica el Código Sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos, estableciendo que la receta médica deberá incluir el medicamento recomendado por el médico y el bioequivalente, el valor de los medicamentos deberá estar claramente indicado en un lugar visible, los medicamentos se podrán comprar por unidades, no podrán tener envases atractivos para menores de edad y aquellos medicamentos que no requieran receta, podrán ser vendidos sin restricción en las estanterías de las farmacias de acceso público (Ley 20.724 de 2014) (69).

- La Ley "Ricarte Soto" que establece un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo, con efectividad probada para enfermedades oncológicas, inmunológicas y las raras o poco frecuentes (cuadro III.5). Los diagnósticos y tratamientos a incluir son definidos por los Ministerios de Salud y Hacienda, en base a las propuestas de la Comisión de Recomendación Priorizada, previo cumplimiento de los requisitos establecidos en la ley y reglamentos. Los beneficiarios de esta ley son todas las personas que tienen un Sistema de Salud Previsional en Chile, incluyendo cotizantes de Isapres, Fonasa y Fuerzas Armadas y de Orden (Ley 20.850 de 2015) (70). A contar del primer trimestre de 2018, la cobertura es de 18 patologías (71).

*En síntesis, en este capítulo hemos tratado de hacer un recorrido por los momentos más relevantes de la evolución histórica de nuestro sistema de salud, con la intención de entregar elementos que permitan comprender el cómo y el porqué de su evolución y situación actual. Cada uno de los cambios ocurridos y de las instituciones que fueron apareciendo a lo largo de la historia, son producto de procesos infinitamente más complejos que los que pudimos narrar aquí, y que otros autores han relatado y analizado con mayor profundidad y talento. Los invitamos a conocerlos.*

**Cuadro III.4. Listado de Patologías garantizadas GES a junio de 2019**

1. Enfermedad renal crónica etapa 4 y 5
2. Cardiopatías congénitas operables en menores de 15 años
3. Cáncer cérvico-uterino
4. Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado
5. Infarto agudo del miocardio
6. Diabetes Mellitus tipo I
7. Diabetes Mellitus tipo II
8. Cáncer de mama en personas de 15 años y más
9. Disrafias espinales
10. Tratamiento quirúrgico de escoliosis en personas menores de 25 años
11. Tratamiento quirúrgico de cataratas
12. Endoprótesis total de cadera en personas de 65 años y más con artrosis de cadera con limitación funcional severa
13. Fisura Labiopalatina
14. Cáncer en personas menores de 15 años
15. Esquizofrenia
16. Cáncer de testículo en personas de 15 años y más
17. Linfomas en personas de 15 años y más
18. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
19. Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años
20. Neumonia adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más
21. Hipertensión arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más
22. Epilepsia no refractaria en personas desde 1 año y menores de 15 años
23. Salud oral integral para niños y niñas de 6 años
24. Prevención de parto prematuro
25. Trastornos de generación del impulso y conducción en personas de 15 años y más, que requieren marcapaso
26. Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
27. Cáncer gástrico
28. Cáncer de próstata en personas de 15 años y más
29. Vicios de refracción en personas de 65 años y más
30. Estrabismo en personas menores de 9 años
31. Retinopatía diabética
32. Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático
33. Hemofilia
34. Depresión en personas de 15 años y más
35. Tratamiento de la hiperplasia benigna de la próstata en personas sintomáticas
36. Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más
37. Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
38. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio
39. Asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años
40. Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido
41. Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada
42. Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales

43. Tumores primarios del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
44. Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar
45. Leucemia en personas de 15 años y más
46. Urgencia odontológica ambulatoria
47. Salud oral integral del adulto de 60 años
48. Politraumatizado grave
49. Traumatismo cráneo encefálico moderado o grave
50. Trauma ocular grave
51. Fibrosis quística
52. Artritis reumatoidea
53. Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en personas menores de 20 años
54. Analgesia del parto
55. Gran quemado
56. Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
57. Retinopatía del prematuro
58. Displasia broncopulmonar del prematuro
59. Hipoacusia neurosensorial bilateral del prematuro
60. Epilepsia no refractaria en personas de 15 años y más
61. Asma bronquial en personas de 15 años y más
62. Enfermedad de parkinson
63. Artritis idiopática juvenil
64. Prevención secundaria enfermedad renal crónica terminal
65. Displasia luxante de caderas
66. Salud oral integral de la embarazada
67. Esclerosis múltiple remitente recurrente
68. Hepatitis crónica por virus hepatitis B
69. Hepatitis C
70. Cáncer colorectal en personas de 15 años y más
71. Cáncer de ovario epitelial
72. Cáncer vesical en personas de 15 años y más
73. Osteosarcoma en personas de 15 años y más
74. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de la válvula aórtica en personas de 15 años y más
75. Trastorno bipolar en personas de 15 años y más
76. Hipotiroidismo en personas de 15 años y más
77. Tratamiento de hipoacusia moderada en menores de 2 años
78. Lupus eritematoso sistémico
79. Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y tricuspide en personas de 15 años y más
80. Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori

Fuente: Superintendencia de Salud (72)

**Cuadro III.5. Diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera de la Ley N° 20.850 (Ricarte Soto). Decreto Supremo N° 47 del 6 de marzo de 2018.**

1. Diagnóstico y tratamiento basado en Laronidasa para la enfermedad de Mucopolisacaridosis Tipo I
2. Diagnóstico y tratamiento basado en Idursulfasa para la enfermedad de Mucopolisacaridosis Tipo II
3. Diagnóstico y tratamiento basado en Galsulfasa para la enfermedad de Mucopolisacaridosis Tipo VI
4. Diagnóstico y tratamiento basado en Nitisinona para la Tirosinemia Tipo I
5. Tratamiento de segunda línea basado en Fingolimod o Natalizumab para la enfermedad de Esclerosis Múltiple Remitente Recurrente refractaria a tratamiento habitual
6. Diagnóstico y tratamiento basado en Taliglucerasa o Imiglucerasa para la Enfermedad de Gaucher
7. Diagnóstico y tratamiento basado en Agalsidasa para la Enfermedad de Fabry
8. Diagnóstico y Tratamiento Basado en Iloprost Inhalatorio o Ambrisentan o Bosentan para la Hipertension Arterial Pulmonar Grupo I
9. Tratamiento basado en Trastuzumab para el Cáncer de Mamas que sobreexprese el Gen Her2
10. Tratamiento con medicamentos biológicos, Etanercept o Abatacept o Adalimumab o Rituximab, en adultos con Artritis Reumatoide refractaria a tratamiento habitual
11. Profilaxis de la Infección del Virus Respiratorio Sincicial con Palivizumab para prematuros con y sin diagnóstico de Displasia Broncopulmonar
12. Tratamiento con Infliximab o Adalimumab en la enfermedad de Crohn grave refractaria a tratamiento habitual
13. Nutrición enteral domiciliaria total o parcial, para Personas cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral.
14. Tratamiento basado en la administración de insulina, a través de infusores subcutáneos continuos (bombas de insulina con sensor) para personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I inestable severa
15. Dispositivo de estimulación cerebral profunda para distonía generalizada
16. Tratamiento con Sunitinib o Everolimus para enfermedad progresiva de tumores neuroendocrinos pancreáticos
17. Dispositivo de implante coclear unilateral para hipoacusia sensorioneural bilateral severa o profunda postlocutiva
18. Tratamiento con inhibidor de C1 Esterasa para Angioedema Hereditario

Fuente: Ministerio de Salud (73).

## Bibliografía


1. Viel B. La Medicina Socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile. 2da Edició. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1964.

2. Illanes M. "En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...)". Historia social de la salud pública. Chile 1880/1973 (Hacia una historia social del siglo XX). Primera ed. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria; 1993.

3. Memoria Chilena. Biblioteca Nacional de Chile. Mutuales y organizaciones de Socorro Mutuo [Internet]. [cited 2018 Dec 19]. Available from: http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-93765.html

4. Fernández E. Estudio sobre la Génesis y la realización de una estructura urbana: la construcción de la red de alcantarillado de Santiago de Chile (1887-1910). Historia Santiago [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 19];48(1):119–93. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/historia/v48n1/art05.pdf

5. Biblioteca Nacional. Memoria Chilena. Higiene y salud pública en Chile (1870-1910) [Internet]. webpage. [cited 2018 Dec 19]. Available from: http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-614.html

6. Schonhaut L. Profilaxia del Abandono: Cien Años de Protección de la Infancia en Chile. Rev Chil pediatría [Internet]. 2010 Aug [cited 2019 Feb 27];81(4):304–12. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062010000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

7. Patronato Nacional de la Infancia. Almanaque del Patronato Nacional de la Infancia [Internet]. 1921. Available from: http://www.memoriachilena.gob.cl/archivos2/pdfs/MC0053003.pdf

8. Instituto de Salud Pública. Reseña Histórica [Internet]. Available from: http://www.ispch.cl/quienes_somos/resena_historica

9. Ministerio de Educación Pública. Ley 4.557 del 31 de enero de 1929. Crea el Instituto Bacteriológico de Chile [Internet]. BCN Biblioteca del Congreso Nacional; 1929. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=24756

10. Instituto de Salud Pública de Chile. ISP es acreditado como Autoridad Reguladora de Referencia en medicamentos por la OPS [Internet]. Web Page. 2016. Available from: http://www.ispch.cl/noticia/23535

11. Molina C. Una mirada historiográfica acerca del desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena: 1889-1989 [Internet]. Tesis para optar a grado de Magister en Historia. Universidad de Chile; 2007. Available from: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/108965/molina_c.pdf?sequence=3&isAllowed=y

12. Biblioteca Nacional. Primeros movimientos sociales chilenos (1890-1920). Memoria Chilena [Internet]. Available from: http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-603.html

13. Moreno E, Vergara D. La Seguridad Social en Chile, período 1924-1980. Memoria para optar al Título de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. [Internet]. Universidad de Chile; 2013. Available from: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116234/de36-Moreno_Erik.pdf;sequence=1

14. Azevedo A. La provisión de servicios de salud en Chile: Aspectos históricos, dilemas y perspectivas. Rev Saude Publica. 1998;32(2):192–9.

15. Biblioteca Nacional. El Estado de Bienestar Social (1924-1973). Memoria Chilena [Internet]. Available from: http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-3411.html

16. Ministerio del Interior. Ley 2.951 del 7 de diciembre de 1914. "Ley de la Silla" [Internet]. Chile; 1914. Available from: http://bcn.cl/1ux39

17. Ministerio del Interior. Ley 3.321 del 17 de noviembre de 1917 [Internet]. BCN 1917. Available from: http://bcn.cl/1vwcl

18. Ministerio del Interior. Ley 3.186 del 13 de enero de 1917. Establece el servicio de cunas en las fábricas, talleres o establecimientos industriales en que se ocupen 50 o más mujeres mayores de 18 años [Internet]. Chile; 1917. Available from: http://bcn.cl/1xlo7

19. Ministerio del Interior. Ley 3.170 del 30 de diciembre de 1916. Sobre accidentes del trabajo [Internet]. 1916. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=23781

20. Allende S. La realidad médico social chilena. Ministerio de Salubridad, Chile. 1939.

21. Ministerio del Interior. Ley 3.385 del 22 Junio de 1918. Código Sanitario [Internet]. Chile; 1918. Available from: http://bcn.cl/1wzt7

22. López-Campillay M. Código Sanitario 1918-2018: Centenario de un hito. [Internet]. Historia + Salud. Red de Historia de la Salud. 2018 [cited 2018 Dec 21]. Available from: http://revista.colegiomedico.cl/a-100-anos-del-primer-codigo-sanitario-de-chile/

23. Ministerio del Interior. Ley 4.054 del 26 de septiembre de 1924. Seguros de enfermedades, invalidez y accidentes del trabajo [Internet]. Chile; 1924. Available from: http://bcn.cl/1xxi7

24. Minsiterio del Interior. Ley 4.055 del 26 de septiembre de 1924 que reforma la ley de accidentes del trabajo. [Internet]. Santiago, Chile; 1924. Available from: http://bcn.cl/1x6vz

25. Ministerio de Hijiene Asistencia Previsión Social y Trabajo. Decreto con Fuerza de Ley 857 del 11 de noviembre de 1925. Ley de Empleados Particulares. [Internet]. Chile; 1925. Available from: http://bcn.cl/285jm

26. Ministerio del Interior. Decreto de Ley 454. Ley de Empleados Públicos [Internet]. Chile; 1925. Available from: http://bcn.cl/1zftx

27. Ministerio del Interior. Constitución Política de la República de Chile [Internet]. Chile; 1925. Available from: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/17659/1/Constitución política de la República de Chile. promulgada el 18 de septiembre de 1925.pdf

28. Hevia P. Los inicios de la Escuela de Salubridad de Chile 1943-1957. Rev Chil Salud Pública. 2006;10(3):170–6.

29. Ministerio de Salud de Chile. Hitos de la Salud Chilena [Internet]. Available from: http://web.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/

30. Ministerio de Salubridad Previsión y Asistencia Social. Ley 6.174 del 31 de enero de 1938. Establece Servicio de Medicina Preventiva [Internet]. Chile; 1938. Available from: http://bcn.cl/1uz31

31. Ministerio de Salubridad Previsión y Asistencia Social. Ley 6.236 del 25 de agosto de 1938. Modifica la Ley N° 4.054 [Internet]. Chile; 1938. Available from: http://bcn.cl/1vbn5

32. Huneeus C, Lanas MP. Ciencia, política e historia: Eduardo Curz-Coke y el Estado de Bienestar en Chile, 1937-1938. Hist [Internet]. 2002 [cited 2019 Jan 7];35:151–86. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-71942002003500007

33. Vergara M, Martínez MS. Financiamiento del sistema de salud chileno. Salud Publica Mex. 2006;48(6):512–21.

34. Goic A. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. Rev Med Chile. 2015;143:774–86.

35. Ministerio de Salubridad Previsión y Asistencia Social. Ley 10.383 del 28 de julio de 1952. Modifica la Ley 4.054 relacionada con el seguro obligatorio [Internet]. Chile; 1952. Available from: http://bcn.cl/1uzdg

36. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 [Internet]. Santiago; 2011. Available from: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf

37. Ministerio de Salud de Chile. Historia del Minsal 2a Parte [Internet]. Available from: https://www.minsal.cl/historia-del-minsal-2a-parte/

38. Bitran R. Explicit health guarantees for Chileans: the AUGE benefits package. Univers Heal Cover Stud Ser. 2013;(21):1–38.

39. Kaempfer AM, Medina E. La Salud Infantil en Chile durante la Década del Setenta. Rev Chil Pediatr [Internet]. 1982 [cited 2019 Jan 2];53(5):468–80. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v53n1-6/art55.pdf

40. Vio F, Weisstaub G, Atalah E, Boj T, Jiménez M et al. La desnutrición infantil en Chile: políticas y programas que explican su erradicación. En: Conferencia Regional Ministerial Santiago de Chile 2008: Hacia la erradicación de la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe. Santiago: Programa Mundial [Internet]. Santiago: Progrma Mundial de Alimentos; 2008 [cited 2019 Jan 2]. Available from: http://www.oda-alc.org/documentos/1370991060.pdf

41. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ley 16.744 de 1° de febrero de 1968. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]. Chile; 1968. Available from: http://bcn.cl/1uun3

42. Manuel A. The Chilean health system: 20 Years of reforms. Salud Publica Mex. 2002;44(1):60–8.

43. Ministerio de Salud. Decreto Ley 2.763 del 3 de agosto de 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. [Internet]. 2763 Chile; 1979. Available from: http://bcn.cl/1vghv

44. Raczynski D. Reformas al sector salud: diálogos y debates. Colecc Estud CIEPLAN. 1983;10(70):5–44.

45. Cruz-Coke R. Acceso a la higiene y salud en Chile. En La Pobreza en Chile II. Anales del Instituto de Chile [Internet]. Santiago; 2008 [cited 2019 Jan 4]. Available from: https://www.institutodechile.cl/index/anales/2008.pdf

46. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Constitución Política de la República de Chile [Internet]. Chile; 1980. Available from: http://bcn.cl/1uva9

47. Ministerio de Salud. Decreto con Fuerza de Ley 3 del 27 de abril de 1981. Fija normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por instituciones de salud previsional [Internet]. Chile; 1981. Available from: http://bcn.cl/1w69h

48. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Decreto de Ley 3.500 del 4 de noviembre de 1980. Establece nuevo sistema de pensiones. [Internet]. Chile; 1980. Available from: http://bcn.cl/1uw19

49. Ministerio de Salud de Chile. Ley 18.418 del 11 de Julio de 1985. Traspasa al fondo único de prestaciones familiares y subsidios de cesantía, el financiamiento de los subsidios de reposo maternal [Internet]. Chile; 1985. Available from: http://bcn.cl/1yswc

50. Aylwin P. Programa de Gobierno. Concertación de Partidos por la Democracia. [Internet]. Santiago de Chile; 1989. Available from: http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0058914.pdf

51. Lagos R. Concertación de Partidos por la Democracia. Quorum [Internet]. 2008;20:33–40. Available from: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=52028248002

52. Larrañaga O, Rodríguez ME. Desigualdad de Ingresos y Pobreza en Chile 1990 a 2013. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-Chile Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad [Internet]. Santiago; 2014 [cited 2019 Jan 4]. Available from: http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_cap_7_desiguypob.pdf

53. Atun R, De Andrade LOM, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet. 2015;385(9974).

54. Unger J-P, De Paepe P, Solimano G, Arteaga O. Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. PloS Med [Internet]. 2008 [cited 2019 Jan 3];5(4). Available from: https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0050079

55. Missoni E, Solimano G. Towards Universal Health Coverage: the Chilean experience. World Heal Rep. 2010;(4):1–35.

56. Téllez Á. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. Dir Asuntos Públicos, Vicerrectoría Comun y Asuntos Públicos, Pontif Univ Católica Chile [Internet]. 2006;1–12. Available from: https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/atencion-primaria-factor-clave-en-la-reforma-al-sistema-de-salud.pdf

57. Montero J, Téllez A, Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud: Algunos aspectos críticos. Cent Políticas Públicas UC [Internet]. 2010;Año 5, N°3. Available from: https://politicaspublicas.uc.cl/wp-content/uploads/2015/02/reforma-sanitaria-chilena-y-la-atencion-primaria-de-salud.pdf

58. Ministerio de Salud de Chile. Ley 18.933 del 12 de febrero de 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 n° 3, de salud, de 1981 [Internet]. Chile; 1990. Available from: http://bcn.cl/1uw8n

59. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. [Internet]. Aguillera X, Gonzalez C, Guerrero A, Bedrega P, Milosavjlevic V, editors. Santiago de Chile; 2002. Available from: https://www.minsal.cl/portal/url/item/6bdb73323d19be93e04001011f013325.pdf

60. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación al final de período [Internet]. Chile; 2010. Available from: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/94c89f56c4e-270b0e04001011e011c9c.pdf

61. Aguilera X, Castillo-Laborde C, Nájera-De Ferrari M, Delgado I, Ibañez C. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Chile. PLoS Med. 2014;11(9).

62. Ministerio de Hacienda de Chile. Ley 19.888 del 14 de julio de 2003 sobre financiamiento para Objetivos Sociales; Impuesto a las Ventas y Servicios [Internet]. Chile; 2003. Available from: http://bcn.cl/1vfew

63. Ministerio de Salud de Chile. Ley 19.895 del 14 de agosto de 2003 sobre Administradoras de Fondos de Pensiones; Compañías de Seguros; ISAPRES; Protección del Consumidor; [Internet]. Chile; 2003. Available from: http://bcn.cl/1vfir

64. Ministerio de Salud de Chile. Ley 20.015 del 3 de mayo de 2005 sobre Instituciones de Salud Previsional. [Internet]. Chile; 2005. Available from: http://bcn.cl/1vgvy

65. Ministerio de Salud, Ministerio de Salud de Chile. Ley 19.937 del 24 de febrero de 2004. Modifica el D.L. No 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana [Internet]. Chile, Chile; 2004. Available from: http://bcn.cl/1uw7c

66. Ministerio de Salud. Ley 19.966 del 25 de agosto de 2004, establece un régimen de garantías en Salud. [Internet]. Chile; 2004. Available from: http://bcn.cl/1uyp6

67. Ministerio de salud de Chile. Ley 20.584 del 13 de abril de 2012. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. Chile; 2012. Available from: http://bcn.cl/1uw7l

68. Ministerio de Desarrollo Social. Ley 20.670 del 14 de mayo de 2013. Crea el Sistema Elige Vivir Sano [Internet]. BCN 2013. Available from: http://bcn.cl/1v3fx

69. Ministerio de Salud de Chile. Ley 20.724 del 30 de enero de 2014. Modifica el Código Sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos [Internet]. Chile; 2014. Available from: http://bcn.cl/1v212

70. Ministerio de Salud de Chile. Ley 20.850 del 1 de junio de 2015. Crea un sistema de protección finaciera para diagnósticos de alto costo y rinde homenaje póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos [Internet]. Chile; 2015. Available from: http://bcn.cl/1v7lo

71. Ministerio de Salud. Ley Ricarte Soto [Internet]. Web Page. [cited 2018 Nov 23]. Available from: https://www.minsal.cl/leyricarte/

72. Superintendencia de Salud. Patologías garantizadas AUGE [Internet]. [cited 2019 Apr 30]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyname-501.html

73. Ministerio de Salud. Decreto Supremo N°47 del 6 de marzo de 2018. Determina los diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera de la ley 20.850 [Internet]. Chile; 2018. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1115880

74. Memoria Chilena. Biblioteca Nacional de Chile. El Cabildo colonial [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 30]. Available from: http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-592.html

# IV. ENTIDADES ASEGURADORAS

*Autoras:* ***Carla Castillo Laborde, Iris Delgado Becerra***

La función de financiación y aseguramiento en salud consiste en recaudar y mancomunar[1] los fondos requeridos para remunerar a los proveedores de atención médica y de servicios de salud en general. En Chile, como se mencionó en el capítulo II, estos fondos para el financiamiento del sistema de salud provienen de las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y complementariamente del Estado (a través de impuestos generales) o cotizaciones voluntarias, dependiendo de la institución encargada. La mancomunación de recursos está a cargo principalmente del Fonasa y las Isapres, que en conjunto cubren cerca del 92% de la población; por su parte, los sistemas de las FFAA y de Orden realizan esta función para el 4% de la población (lo que se describe en el capítulo VI). En paralelo a estos sistemas de aseguramiento, existe el seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se describe con mayor detalle en el capítulo VII.

Por otra parte, existen seguros privados voluntarios, que en su gran mayoría funcionan como seguros complementarios de salud, que mejoran las coberturas de protección financiera que otorgan los seguros que administran las cotizaciones obligatorias (1); es decir, que cubren la parte del costo que la institución previsional a la que la persona está afiliada no cubre (ej. copagos[2]). El mercado de seguros voluntarios ha crecido considerablemente en los últimos años, correspondiendo principalmente a seguros colectivos complementarios (ej. para todos los trabajadores de una empresa) y seguros individuales catastróficos (ej. seguros oncológicos). Estos últimos están fundamentalmente enfocados en enfermedades de alto costo y baja frecuencia, e incluyen un deducible[3] relativamente alto (2). El mercado de los seguros complementarios en Chile ha crecido considerablemente en las últimas décadas, sin embargo, existen pocos estudios que los caractericen (3). De acuerdo a un informe de la Superintendencia de Valores y Seguros, que es la institución a cargo de la fiscalización de estos seguros, a diciembre de 2013 existían 28 compañías en este rubro, presentando las cuatro primeras participaciones del mercado: Metlife (21,3%), Euroamérica (12,5%), SURA (10,5%) y BICE (10,1%) (2).

El presente capítulo entrega una caracterización detallada de las dos principales entidades aseguradoras que conforman el sistema de salud chileno: Fonasa e Isapres. En términos generales, cabe mencionar la marcada segmentación entre ambos subsistemas, operando bajo lógicas e incentivos distintos: de acuerdo a los principios de la seguridad social (universalidad, solidaridad) el primero y a las reglas del mercado el segundo. Asimismo, sirviendo a poblaciones

1 Es decir, la agregación y administración de los fondos recolectados.

2 El copago corresponde a la diferencia entre el precio de un servicio y el valor cubierto por el plan de salud, estando generalmente a cargo del beneficiario o de los seguros complementarios (de forma total o parcial).

3 El deducible corresponde al costo a cargo del beneficiario antes de que comience a funcionar la cobertura del seguro, es decir, el seguro solo cubre los costos una vez superado dicho monto.

beneficiarias distintas, mayor proporción de adultos mayores, mujeres, personas de menores ingresos y con mayor carga de enfermedad en el caso del Fonasa, y mayor proporción de hombres en edad productiva y personas de mayores ingresos en las Isapres (4).

## 1. Fondo Nacional de Salud (Fonasa)

El Fonasa es un servicio público autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que otorga cobertura financiera y acceso a salud de forma solidaria, a toda la población beneficiaria, sean estos cotizantes o carentes de recursos. El Fonasa se crea el año 1979 con el decreto Ley Nº 2.763, donde se especifican sus dos principales funciones (5):

a. Financiar, recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud;

b. Asegurar a sus beneficiarios el acceso a las prestaciones de salud a través del financiamiento de las prestaciones otorgadas, fiscalizando y cautelando el pago de las cotizaciones de salud, y de los recursos destinados a las prestaciones.

En relación con su primera función, cabe mencionar que el Fonasa se financia a través de las cotizaciones obligatorias de sus beneficiarios (7% del salario de cada trabajador) y de impuestos generales, que constituyen aproximadamente el 60% del presupuesto (1).

Son beneficiarios del Fonasa todas las personas inscritas en dicha institución que viven en el territorio nacional, sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso, nacionalidad, número de cargas familiares, ni enfermedades pre-existentes (6).

Los beneficiarios del Fonasa se pueden clasificar en (7):

- **Beneficiarios cotizantes y sus cargas:** son todas las personas que aportan económicamente al financiamiento solidario del seguro con sus cotizaciones legales, correspondientes al 7% de sus ingresos imponibles. Esta cotización cubre al cotizante y todas sus cargas[4].

4 Una carga legal, es aquella persona que cuenta con las condiciones para inscribirse en el seguro, mediante una asociación a un beneficiario que cotiza (titular), teniendo los mismos derechos y obligaciones de éste. Fonasa no pone un máximo de cargas legales asociadas a un beneficiario. Las cargas pueden ser: la cónyuge o el cónyuge inválido, hijos/as y nietos/as menores de 18 años (hijos de cargas ya registradas), Hijos/as y nietos/as mayores de 18 años y hasta los 24 años, madre viuda, ascendientes mayores de 65 años (padres – abuelos), carga con parentesco indirecto (con dictamen de juzgado), carga hijo/a, nieto/a, sin los límites de edad establecidos y que estén afectados de invalidez y carga Acuerdo de Unión Civil (AUC cónyuge).

- **Beneficiarios no cotizantes:** son todas las personan que no aportan económicamente al seguro, por carecer de recursos, o porque estos no son suficientes para cotizar (menor al ingreso mínimo imponible). También se cuenta aquí a los trabajadores que están desempleados, y que al término del período de su Subsidio de Cesantía o Seguro de Desempleo, no han podido encontrar una nueva fuente laboral.

De los 13.926.475 de beneficiarios con que contaba el Fonasa a diciembre del año 2017 (aproximadamente el 78% de la población total del país), un 52% correspondía a beneficiarios cotizantes y un 20% a cargas familiares (8,9). Por otra parte, con el fin de entregar mayor equidad de acceso a salud, los beneficiarios se clasifican de acuerdo a su nivel de ingresos en 4 tramos; en que, como se aprecia en el cuadro IV.1, los beneficiarios con menores ingresos cuentan con una mayor cobertura financiera (o menores copagos).

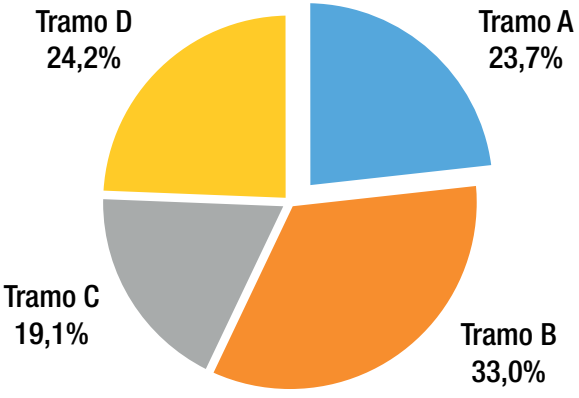
Como se muestra en la figura IV.1, la mayor parte de los beneficiarios del Fonasa corresponde a los tramos A y B, que en conjunto suman más del 55% de la población beneficiaria.

**Cuadro IV.1. Clasificación de los beneficiarios según su ingreso y descripción del copago a noviembre 2018**

| Tramo de ingreso | Monto del ingreso | Descripción de la cobertura financiera / copago (MAI) |
|---|---|---|
| **Tramo A** | Carentes de recursos o en condición de indigencia. | No cotiza y tampoco paga.<br>Subsidio total de parte de Fonasa |
| **Tramo B** | Beneficiarios con ingresos menores a $288.000 mensuales | Cotiza pero no paga por la atención de salud |
| | Trabajadores del sector público de salud | 100% de bonificación, 0% de copago |
| **Tramo C** | Beneficiarios con ingresos entre $288.001 y $420.480 mensuales | 90% de bonificación, 10% de copago. |
| **Tramo D** | Beneficiarios con ingresos de $420.481 y más al mes | 80% de bonificación, 20% de copago. |

Fuente: Página Web Fonasa 2018 (10).

**Figura IV.1. Distribución de los beneficiarios Fonasa de acuerdo a tramos de ingresos a diciembre 2017**




Fuente: Fonasa. Boletín Estadístico 2016-2017(9).

## 1.1. Prestaciones y Modalidades de atención

Los beneficiarios del Fonasa pueden acceder a las prestaciones de salud a través de dos modalidades de atención: la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y la Modalidad de Libre Elección (MLE), que difieren en cuanto al tipo de prestador (público o privado) y a los niveles de cobertura financiera.

La MAI corresponde a los prestadores públicos de salud, es decir, aquellos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), descritos en mayor detalle en el capítulo V. Los beneficiarios acceden a esta modalidad de atención a través de los consultorios o centros de atención primaria en que están previamente inscritos y desde donde son derivados, en caso de requerir atención de mayor complejidad, a otros centros de atención de la red asistencial.

Las coberturas financieras y copagos asociados a los tramos de ingreso presentados en el cuadro IV.1 se refieren a atenciones obtenidas a través de la modalidad institucional, aunque existen algunas excepciones a este modelo de copagos, como el 100% de cobertura financiera (independiente del tramo de ingreso) para atenciones médicas e insumos y medicamentos entregados en los establecimientos de atención primaria, para todo tipo de atención recibida

por los beneficiarios de 60 años o más y para atenciones médicas de alta complejidad que se encuentren asociadas a patologías con riesgo vital y de alto costo (catastróficas) (10).

Los copagos para cada prestación entregada a través de la MAI, se realizan en base a valores referenciales definidos en el Arancel (o valor de una prestación) de Modalidad Institucional, el cual es propuesto cada año por el Fonasa y aprobado por los Ministerios de Salud y Hacienda (11).

La mayor parte de las prestaciones ambulatorias y hospitalarias financiadas por Fonasa son entregadas por los prestadores públicos. En el caso particular de los egresos hospitalarios, el 84,7% de dichos egresos asociados a beneficiarios Fonasa en el año 2016, se realizó en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), mientras que, en el caso de los beneficiarios de Isapres, solo un 4,6% se atendió en este tipo de establecimientos (Tabla IV.1).

**Tabla IV.1. Porcentaje de egresos según sistema previsional y tipo de establecimiento, Chile 2016**

| Sistema Previsional | Tipo de Establecimiento | |
|---|---|---|
| | SNSS | No SNSS |
| Fonasa | 84,7 | 15,3 |
| Isapres | 4,6 | 95,4 |
| Dipreca | 7,4 | 92,6 |
| Capredena | 9,5 | 90,5 |
| Sin Previsión | 33,7 | 66,3 |
| Otras/ignorada | 19,9 | 80,1 |
| Total | 63,0 | 37,0 |

Fuente: Elaboración propia en base de Egresos Hospitalarios 2016, MINSAL (12).

De acuerdo a lo establecido en el Régimen de Prestaciones de Salud (6), los beneficiarios del Fonasa tendrán derecho a recibir, a través de la MAI, las siguientes prestaciones:

a. El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital, con el propósito de reducir la morbimortalidad. Este examen debe considerar para su inclusión, aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático.

b. Asistencia médica curativa que incluye consulta, exámenes y procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, hospitalización, atención obstétrica, tratamientos, incluidos los medicamentos contenidos en el Formulario Nacional, y demás atenciones y acciones de salud definidas por la autoridad sanitaria.

c. Atención odontológica. Los beneficiarios tienen derecho a recibir atención dental en los consultorios de Atención Primaria de Salud (APS), con 100% de cobertura para todos los grupos Fonasa, y a las atenciones incluidas en las GES (salud oral integral de la embarazada, salud oral integral para niños de 6 años, urgencia odontológica ambulatoria y salud oral integral a los 60 años) (13).

Además, toda mujer embarazada tendrá derecho a la protección del Estado durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo (control del embarazo y puerperio), y el recién nacido, hasta los 6 años de edad. Entre las prestaciones que proporciona el régimen también se incluyen aquellas acciones de promoción, protección y otras relativas a las personas o al ambiente, que se determinen en los programas y planes definidos por el Ministerio de Salud, por ejemplo, el Programa Nacional de Inmunizaciones.

Por otra parte, los trabajadores dependientes e independientes que hagan uso de licencia por enfermedad común, tendrán derecho a recibir un subsidio por incapacidad laboral (SIL) (ver cuadro IV.2). Finalmente, según lo establecido en la Ley 19.966 (14), se deben otorgar las Garantías Explícitas en Salud (GES) asociadas a acceso, oportunidad, calidad y protección financiera mencionadas en el capítulo III.

Por su parte, la MLE corresponde a prestadores privados individuales o institucionales en convenio con el seguro público. Esta opción, disponible para aquellos beneficiarios de los tramos B, C y D del Fonasa, es entendida como una cobertura de salud adicional o complementaria, que busca reforzar la atención institucional (MAI), permitiendo a los beneficiarios elegir libremente al prestador con el cual deseen atenderse (17). De esta forma, con la creación de esta modalidad de atención, los beneficiarios de Fonasa también se convirtieron en potenciales usuarios de los prestadores privados descritos en el capítulo V (1,18,19). A esta modalidad suelen recurrir los beneficiarios del Fonasa de mayores ingresos (17).

En el caso de las prestaciones por MLE, el copago no depende del tramo de ingreso al que pertenezca el beneficiario, sino del nivel de inscripción que tenga el prestador privado que elija para su atención. Existen 3 niveles, en que el nivel 1 corresponde a la menor capacidad e infraestructura (y menor copago) y el nivel 3 corresponde a la mayor capacidad e infraestructura, además de estar asociado a mayor copago (10). En este caso, las bonificaciones y copagos están definidos en el Arancel de Modalidad Libre Elección (11). Al año 2013, se estimó una cobertura financiera promedio para prestaciones entregadas por MLE de 39,3% (1).

**Cuadro IV.2. Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL)**

El SIL corresponde a un beneficio monetario (reemplaza la remuneración del trabajador), cuya finalidad es cubrir la contingencia o estado de necesidad asociado a la suspensión transitoria de la capacidad de trabajo causada por una enfermedad o accidente común (a diferencia de las enfermedades ocupacionales o accidentes del trabajo que se revisan en el capítulo VII).

Son beneficiarios de este subsidio todos los trabajadores, dependientes e independientes, que se encuentren acogidos a algún sistema previsional, y que cumplan los requisitos establecidos para unos u otros (ej. tener 6 meses de afiliación previsional previos al mes en que se inicia la licencia y 3 meses de cotización dentro de esos 6 meses en el caso de los trabajadores dependientes; tener 12 meses de afiliación previos al mes en que se inicia la licencia y 6 meses de cotización dentro de esos 12 meses en el caso de los trabajadores independientes).

Las entidades administradoras del SIL son:

- Las Isapres respecto de sus afiliados.
- Las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) respecto de sus afiliados no afiliados a Isapres.
- Las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin) o las Unidades de Licencias Médicas, respecto de los beneficiarios Fonasa no afiliados a una CCAF. En este caso, la centralización del pago del SIL está a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública.

Finalmente, la regulación del SIL es función de la Superintendencia de Seguridad Social.

Fuente: Subsidios por incapacidad laboral de origen común, SUSESO y Superintendencia de Salud (15,16).

## 1.2. Mecanismos de pago

En relación a los mecanismos de pago, como se muestra en el cuadro IV.3, el Fonasa financia a los prestadores públicos principalmente a través de tres programas: 1) APS, que incluye el pago per cápita y pago prospectivo por prestación para la atención primaria municipal, 2) Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) y 3) Programa de Prestaciones Valoradas (PPV) en el caso de atención secundaria y terciaria.

En el caso de la libre elección, el Fonasa financia a los prestadores privados, principalmente a los ambulatorios, a través del pago por acto (*fee for service*), de acuerdo a los valores asociados al listado de prestaciones contenidas en el Arancel de Modalidad Libre Elección (11).

Por otra parte, en el caso de ciertos diagnósticos frecuentes que requieren atención hospitalaria, el Fonasa ha creado mecanismos de convenios que le permiten compartir el riesgo con los prestadores privados. Estos mecanismos consisten en la "paquetización" de la atención integral de la atención, asociado a un precio fijo a pagar al prestador.

**Cuadro IV.3. Mecanismos de pago MAI**

La Ley de Presupuestos entrega a Fonasa recursos que serán transferidos a distintos programas e instituciones relacionadas con la red pública de salud, los que se detallan a continuación.

- Atención Primaria Municipal: reciben el aporte a través de un per cápita mensual y de otros aportes entregados por el municipio respectivo. El sistema de pago per cápita, vigente desde 1994, es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población inscrita y un precio estipulado por el Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar (PSF). Prioriza la entrega de recursos a las comunas de mayor pobreza, ruralidad, con mayor dificultad de acceso a los beneficios, distancias geográficas y con mayor dificultad para prestar las atenciones de salud. De forma complementaria al per cápita, el pago prospectivo por prestación consiste en entregar, vía convenios suscritos entre los Servicios de Salud respectivos y los municipios, los recursos necesarios para financiar las acciones de salud que no estén contempladas en el PSF y que, por lo tanto, implican un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal.

- Programa de Prestaciones Valoradas (PPV): corresponde al nivel secundario y terciario. El financiamiento se establece en el contrato de prestación de servicios que se realiza entre el Minsal, la Subsecretaria de Redes Asistenciales, Fonasa y el Servicio de Salud correspondiente. Se pagan al Servicio las prestaciones convenidas que sean efectivamente realizadas, debidamente registradas e informadas, siendo los precios los que se detallen en el arancel de transferencias del PPV del año correspondiente. Las prestaciones consideradas se agrupan en los siguientes programas: Programa cierre de brechas prestaciones más frecuentes, Programa de Prestaciones Complejas o Seguro Catastrófico, Programa GES, Programa de Urgencias, Camas Críticas y Atención Hospitalarias, Programa de Salud Mental, Programa Otras Prestaciones Valoradas y convenios celebrados por servicios de salud con terceros (D.L. N°36, 1980).

- Programa de Prestaciones Institucionales (PPI): corresponde al nivel secundario y terciario. Comprende el gasto histórico conformado por aquellas prestaciones no incluidas en la atención primaria, ni en las prestaciones valoradas. El financiamiento, se establece a través de un contrato de prestación de servicios entre el Minsal, Fonasa y el Servicio de Salud correspondiente, en donde se explicitan la cantidad de prestaciones que debe realizar el Servicio y que deben ser financiadas por Fonasa.

Fuente: Benavides, Castro y Jones (2013) (11).

En este contexto, se utiliza el Pago Asociado a Diagnóstico (PAD), para un grupo de prestaciones previamente estandarizadas (paquete de procedimientos médicos y quirúrgicos que incluye cirugía, día cama, medicamentos e insumos) que permiten resolver en forma integral un diagnóstico o problema de salud determinado asociado a un valor fijo y conocido de antemano (20); el copago a financiar por el beneficiario también es fijo. A enero de 2018 se cuenta con

55 diagnósticos PAD, como hiperplasia de próstata, histerectomía, apendicitis y parto, entre otros (ver ejemplo PAD Parto en cuadro IV.4).

Otra forma de paquetización que el Fonasa ha utilizado para financiar la resolución integral de condiciones clínicas (desde la derivación hasta el egreso) es el pago por Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs)[5]. Este mecanismo clasifica los egresos hospitalarios, agrupándolos según patrones similares de comportamiento clínico (diagnóstico, edad, sexo, gravedad, comorbilidad y los procedimientos realizados) y de consumo de recursos; y permite, al ajustar por riesgos, reconocer distintas complejidades asociadas a un mismo diagnóstico, fijando un precio o costo para cada agrupación y evitando la generación de cobros adicionales, no incluidos en la facturación (21,22).

**Cuadro IV.4. Ejemplo PAD Parto**

**Código Fonasa:** 2501009

**Definición:** el parto, en términos generales, se define como la expulsión de uno o más fetos maduros y la o las placentas desde el interior de la cavidad uterina al exterior.

**Incluye:**

- La atención del parto, único, por vía vaginal (por presentación cefálica o podálica, con o sin episiotomía, con o sin sutura, con o sin fórceps, con o sin inducción, con o sin versión interna, con o sin revisión, con o sin extracción manual de placenta, con o sin monitorización)
- El parto por cesárea con o sin salpingoligadura o salpingectomía, o cesárea con histerectomía.

Es decir, este PAD involucra las distintas vías de resolución el parto, pudiendo corresponder a un parto vaginal, en que el feto es expulsado por el canal de parto natural (vagina) o bien un parto abdominal mediante una cesárea. Cabe señalar que, en algunos casos, los partos vaginales, requieren de la utilización de instrumental médico para ayudar a la salida del feto, como fórceps.

**Contempla:**

- Atención profesional del equipo completo incluyendo médico obstetra, matrona, anestesista, pediatra o neonatólogo.
- Atención del parto cualquiera sea la forma de resolución y la atención materna durante su hospitalización.

5 En los últimos años, este mecanismo, además de ser utilizado por Fonasa con el fin de generar poder comprador (negociando con los prestadores privados en convenio y logrando eficiencia financiera), ha comenzado a ser utilizado para valorizar y pagar la actividad de atención cerrada de algunos establecimientos de la red pública de atención (21).

- Atención de las complicaciones maternas mediante tratamiento de lesiones iatrogénicas, tratamiento de complicaciones propias del parto, tales como, resuturas, vaciamientos de hematomas, infecciones urinarias, endometritis, metrorragia secundaria a inercia uterina, rotura uterina sutura y/o ectomía, desgarraduras cuello uterino.
- Atención médica del recién nacido en sala de partos o pabellón quirúrgico, las visitas médicas diarias por pediatra o neonatólogo, los exámenes de rutina, el uso de cuna de procedimientos y/o fototerapia sin exsanguíneo transfusión, el uso de sala cuna, administración de vacunas, vitamina K y medicamentos de uso general. Los honorarios de todo el equipo profesional que técnicamente se requiera, bajo la responsabilidad administrativa y legal del prestador en convenio.
- Los valores de los días camas y el derecho de pabellón, incluidas las diferencias de tarifas por estos conceptos. Los medicamentos e insumos utilizados durante la hospitalización. Todas las prestaciones necesarias, para resolver integralmente la patología correspondiente al PAD.
- También incluye, la atención integral hasta 15 días después del egreso del paciente, considerando los controles post operatorios; la reparación de lesiones involuntarias y el tratamiento de las complicaciones más frecuentes derivadas de la resolución de la patología del PAD. En caso de complicaciones, se entienden incluidos el diagnóstico, el tratamiento y la hospitalización que se requiera.

**Valor:** Total $1.112.950; Copago $278.240

Fuente: Programa PAD parto, Fonasa (23).

## 2. Instituciones de Salud Previsional (Isapres)

Con el Decreto con Fuerza de Ley N°3, publicado en mayo de 1981, y en el contexto provisto por la Constitución de 1980, se crean las Isapres, con la finalidad de otorgar prestaciones y beneficios de salud a los beneficiarios que opten por este sistema alternativo al Fonasa (24). Entre 1990 y 2005, la supervigilancia de las Isapres estuvo a cargo de la Superintendencia de Isapres; a partir de ese año se creó la Superintendencia de Salud encargada de fiscalizar tanto a Fonasa como a Isapres (25).

Para fines de su financiamiento, las Isapres están facultadas para captar la cotización obligatoria de salud, correspondiente al 7% del salario de los trabajadores dependientes, a las que suman cotizaciones adicionales de carácter voluntario por parte de los cotizantes, para obtener planes con mejores coberturas (en función del riesgo de los beneficiarios, y también del número de cargas médicas). En promedio, las cotizaciones adicionales llegan al 3% del

salario, lo que significa que los cotizantes de Isapres entregan cerca del 10% de su salario a estas instituciones (1).

De acuerdo a lo presentado en la figura IV.2, a diciembre de 2017 existían 12 Isapres. Seis de ellas, a las que pertenece aproximadamente el 97% de los beneficiarios de este subsistema, se clasifican como abiertas, es decir, con afiliación y planes de oferta pública (Banmédica, Colmena Golden Cross, Consalud, Cruz Blanca, Nueva Másvida y Vida Tres); mientras las otras seis corresponden a Isapres cerradas o asociadas a trabajadores de una determinada institución (Chuquicamata, Cruz del Norte, Fundación, Fusat, Río Blanco y San Lorenzo) (26). El total de beneficiarios ese año fue de 3.393.805 (1.937.489 cotizantes y 1.456.316 cargas), representando alrededor del 14% de la población total del país (8).

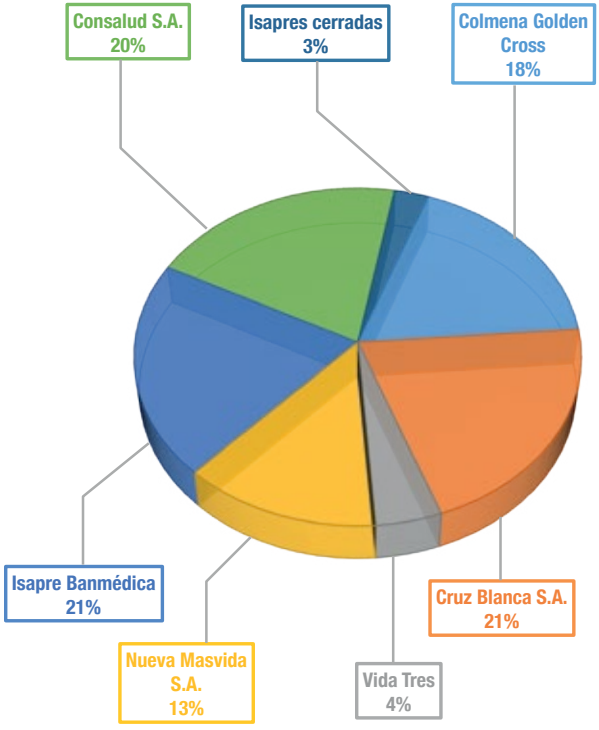
Las Isapres, además, tienen a su cargo el financiamiento del Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL) de sus asegurados, destinando, para estos fines, aproximadamente el 25% de sus ingresos asociados a la cotización legal del 7% (1).

El artículo 194º del Decreto con Fuerza de Ley (DFL) 1 (6) establece que las Isapres están obligadas a otorgar a sus beneficiarios el examen de medicina preventiva, protección de la mujer durante el embarazo y hasta el sexto mes del nacimiento del hijo y del niño hasta los seis años; así como para el pago del SIL, cumpliendo como mínimo con las condiciones establecidas en el mismo DFL 1. Por su parte, la Ley 19.966 establece que las Isapres deben asegurar el otorgamiento de las prestaciones y, como mínimo, la cobertura financiera que el Fonasa confiere en su modalidad de libre elección, además de otorgar las de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera asociadas a las GES (14).

En relación al acceso a las prestaciones de salud y las coberturas financieras asociadas, los beneficiarios deben suscribir un contrato de plazo indefinido con su Isapre, el cual determinará las prestaciones y beneficios incluidos, además de la forma y modalidad de su obtención (6). Dichos contratos deben referir como mínimo:

- Las GES, en conformidad con lo contemplado en la Ley 19.966,
- Un plan complementario a las GES, que incluya los beneficios obligatorios antes mencionados (examen de medicina preventiva, SIL, cobertura MLE, etc.), incluyendo copagos máximos, porcentajes de cobertura y valores sobre los cuales se aplicarán, según corresponda.

**Figura IV.2. Distribución de la cartera de beneficiarios Isapres a diciembre de 2017**




Fuente: Superintendencia de Salud, Biblioteca Digital, Cartera de Beneficiarios (26).

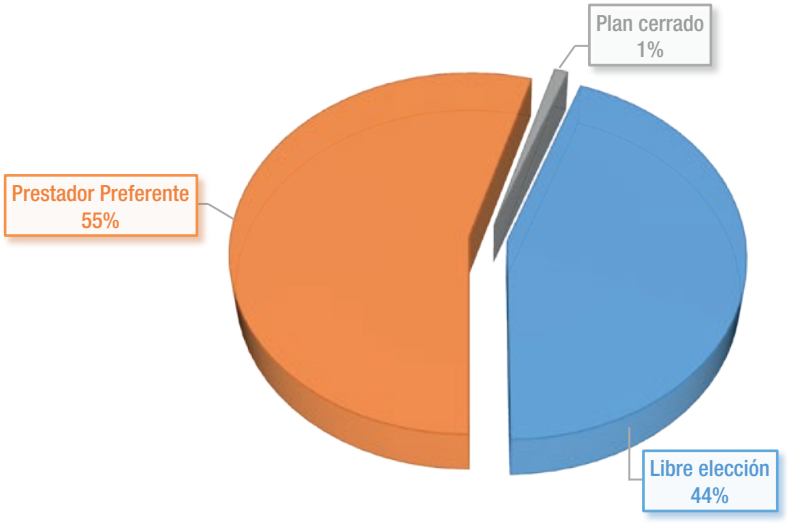
Las prestaciones del plan complementario pueden ser otorgadas en las siguientes modalidades (6) (figura IV.3):

- Plan libre elección: son aquellos planes en que el beneficiario resuelve discrecionalmente la elección del prestador, sin intervención de la Isapre.

- Plan cerrado: se refiere a aquellos planes que en su estructura contemplan el financiamiento de todas las atenciones obtenidas a través de determinados prestadores individualizados en el plan, sin preveer el acceso a las prestaciones bajo la modalidad de libre elección.

- Plan con prestadores preferentes: son aquellos planes que combinan la atención bajo la modalidad de libre elección y el financiamiento de beneficios a través de prestadores previamente individualizados en el plan.

**Figura IV.3. Distribución de los planes según modalidad de atención a enero de 2018**




Fuente: Archivo Maestro de Planes Complementarios de Salud de enero 2018.

Los beneficiarios de Isapres hacen uso mayoritariamente de instalaciones privadas, ya sea ambulatorias u hospitalarias, como las descritas en mayor detalle en el capítulo V, y pueden darse a través de las modalidades antes mencionadas. Las coberturas financieras dependen del plan de salud contratado por el beneficiario, llegando en 2013 a alrededor del 70% para prestaciones hospitalarias y 60% para ambulatorias, lográndose mayores coberturas en prestaciones recibidas de prestadores preferentes (1). En el caso de las prestaciones asociadas a problemas de salud con GES, los beneficiarios de Isapres pueden optar en cada etapa de la enfermedad por atenderse por su plan complementario (en las modalidades antes descritas) o por las GES, a través de la red de prestadores definida por su Isapre para cada problema de salud (27), y copagando el 20% de los montos definidos en el arancel de referencia del decreto GES correspondiente, de acuerdo a la garantía de protección financiera establecida en la Ley 19.966 (14).

Además, como beneficio adicional al plan de salud, las Isapres ofrecen la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), para atenciones de alto costo. Luego de cumplirse ciertos requisitos, como la acumulación de un deducible anual calculado en base al monto de cotización de los afiliados, la cobertura financiera alcanza el 100% de los gastos derivados de las atenciones entregadas a través de la Red CAEC de prestadores (preferentes) (28).

*El presente capítulo profundiza en las principales instituciones aseguradoras en el contexto del sistema de salud chileno, es decir, encargadas de la recaudación y mancomunación de los fondos para financiar las actividades en salud. Estas instituciones corresponden al Fonasa y a las Isapres, que cubren alrededor del 78% y 14% de la población del país respectivamente, se encargan de administrar las cotizaciones obligatorias de los trabajadores dependientes, y cuentan con lógicas de financiamiento, funcionamiento y con un perfil de beneficiarios, distintos.*

## Bibliografía


1. Comisión Asesora Presidencial. Informe Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud [Internet]. 2014. Available from: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

2. Superintendencia de Valores y Seguros. Seguros de Salud: Análisis de Mercado, Regulación y Principales Estadísticas 2003 - 2012. 2014.

3. Superintendencia de Salud. Caracterización del mercado de seguros complementarios de salud en base a la encuesta CASEN 2015 [Internet]. Santiago; 2016 [cited 2018 Nov 29]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-15825_recurso_1.pdf

4. Castillo-Laborde C, Aguilera-Sanhueza X, Hirmas-Adauy M, Matute I, Delgado-Becerra I, Ferrari MN-D, et al. Health Insurance Scheme Performance and Effects on Health and Health Inequalities in Chile. MEDICC Rev. 2017;19:57–64.

5. Ministerio de Salud. Decreto Ley 2.763 del 3 de agosto de 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. [Internet]. 2763 1979. Available from: http://bcn.cl/1vghv

6. Ministerio de Salud. DFL 1. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto Ley Nº 2.763, de 1979 y de las Leyes Nº 18.933 y Nº 18.469. [Internet]. Chile; 2005. Available from: http://bcn.cl/1uxnu

7. Fonasa. Información General del Seguro. Beneficiarios y Cargas [Internet]. [cited 2019 Mar 28]. Available from: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/beneficiarios-cargas

8. Observatorio Social - Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2017 [Internet]. [cited 2018 Nov 6]. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/

9. Fonasa. Boletín Estadístico 2016-2017. Bases de datos, Informes, Estudios y Documentos. [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 8]. Available from: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos

10. Fonasa. Información General del Seguro: Tramos y Copagos [Internet]. Web Page. 2018. Available from: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos

11. Benavides P, Castro R, Jones I. Sistema Público de Salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050 [Internet]. Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, editor. Santiago de Chile; 2013. 1–108 p. Available from: http://bibliotecadigital.dipres.gob.cl/handle/11626/8665

12. Ministerio de Salud. Bases de datos Egresos Hospitalarios [Internet]. [cited 2019 Jan 18]. Available from: http://www.deis.cl/bases-de-datos-egresos-hospitalarios/#

13. Fonasa. Beneficiarios Fonasa ¿ A qué tipo de atención dental tienen derecho los afiliados del Fonasa ? [Internet]. 2019. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-2378.html

14. Ministerio de Salud de Chile. Congreso Nacional de Chile, Ministerio de Salud. Ley 19.966, Establece un régimen de garantías en Salud. Ministerio de Salud de Chile [Internet]. Chile; 2004. Available from: http://bcn.cl/1uyp6

15. Superintendencia de Seguridad Social. Subsidios por incapacidad laboral de origen común [Internet]. 2019. Available from: https://www.suseso.cl/606/w3-propertyvalue-568.html

16. Superintendencia de Salud. Preguntas Frecuentes. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. - ¿Qué requisitos debe cumplir un trabajador para tener derecho al pago de subsidio por una licencia médica? [Internet]. webpage. [cited 2019 Jul 5]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-printer-2848.html

17. Fonasa. Información General del Seguro. Red Privada (Modalidad MLE) [Internet]. 2019. Available from: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/red-privada

18. Asociación de Isapres. Isapres 1981-2016 [Internet]. Santiago de Chile; 2016. Available from: http://www.isapre.cl/PDF/35isapres_espanol.pdf

19. Isapres de Chile. El Sistema de Salud Chileno. Orígenes, Transformaciones y Desafíos [Internet]. 2016. (Serie de Informes Técnicos). Available from: http://www.isapre.cl/PDF/Informe Técnico_El Sistema de Salud Chileno.pdf

20. Fonasa. Información General del Seguro. Pago Asociado a Diagnóstico [Internet]. 2019. Available from: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/pad

21. Fonasa. Balance de gestión Integral 2016. [Internet]. 2017. Available from: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-172624_doc_pdf.pdf

22. Mathauer I, Wittenbecher F. DRG-based payment systems in low-and middle income countries: Implementation experiences and challenges [Internet]. 2012 [cited 2019 Jul 5]. Available from: https://www.who.int/health_financing/documents/dp_01_2012_drg_based_payment_systems_in_lmic.pdf?ua=1

23. Fonasa. Programas PAD. Parto [Internet]. [cited 2019 Mar 28]. Available from: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/pad/prestaciones/09

24. Ministerio de Salud. Decreto con Fuerza de Ley 3. Fija normas para el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, por instituciones de salud previsional [Internet]. Chile; 1981. Available from: http://bcn.cl/1w69h

25. Ministerio de Salud. Ley de Autoridad Sanitaria, 19.937 [Internet]. Chile; 2004. Available from: http://bcn.cl/1uw7c

26. Superintendencia de Salud. Estadísticas Básicas Mensuales del Sistema ISAPRE a diciembre de 2017 [Internet]. 2017. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-15614.html

27. Superintendencia de Salud. Garantías explícitas en Salud GES (AUGE) [Internet]. 2019. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-3467.html

28. Superintendente de Salud. Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC) [Internet]. 2018. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-4011.html

# V. PRESTADORES DE SERVICIOS ASISTENCIALES DE SALUD

*Autoras:* ***María Inés Gómez Bradford, Anita Quiroga Araya, Isabel Matute Willemsen, Claudia González Wiedmaier, Carla Castillo Laborde, Rodrigo Fuentes Bravo***

La provisión de servicios asistenciales de salud considera la entrega de intervenciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación o paliación. Como se menciona en el capítulo II, el sistema de salud chileno es un sistema mixto, es decir, incluye un sector público y uno privado, tanto en su financiamiento y aseguramiento, como en la provisión de servicios, que es el objetivo de este capítulo.

En el caso del sector público, el prestador es el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS); este incluye la atención primaria de salud (APS), centros de nivel secundario y terciario, y otros establecimientos que tienen convenio con el sector público, integrando la red asistencial pública. Esta red atiende preferentemente a los beneficiarios de Fonasa y PRAIS[1], aunque también a usuarios de Isapre en lugares como los SAPU. Por su parte, los proveedores privados están compuestos por una serie de establecimientos, como centros de salud, clínicas, consultas, laboratorios y centros de imagenología, que atienden a la población inscrita en Isapres y a beneficiarios de Fonasa a través de la MLE o mediante convenios institucionales.

Como se indica en el capítulo II, la rectoría de todo el sector, tanto público como privado, la ejerce el Ministerio de Salud, cuyas funciones en materia de provisión de servicios asistenciales son: establecer protocolos para la atención en salud, velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, establecer estándares mínimos que deben cumplir los prestadores institucionales de salud para garantizar la calidad de las prestaciones, establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales[2], así como un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades para los prestadores individuales de salud (por ejemplo, enfermeros, kinesiólogos, médicos, etc.)(1).

1 Programa de Reparación y Atención Integral de Salud (PRAIS) a los Afectados por violaciones a los Derechos Humanos. Se trata de un programa del Ministerio de Salud que responde al compromiso asumido por el Estado con las víctimas de las violaciones a los derechos humanos, ocurridas entre septiembre de 1973 y marzo de 1990. Las personas que forman parte de este programa tienen derecho a la gratuidad de las prestaciones médicas que se otorgan en todos los establecimientos de salud de la red asistencial, y a toda la oferta de atención programática que otorga el sector, como Plan AUGE, Ley de urgencia, entre otras (63,64).

2 Los prestadores corresponden a cualquier persona natural o jurídica, establecimiento o institución, que se encuentre autorizada para otorgar prestaciones de salud, tales como: consulta, consultorio, hospital, clínica, centro médico, centro de diagnóstico terapéutico, centro de referencia de salud, laboratorio y otros de cualquier naturaleza, incluidas ambulancias y otros vehículos adaptados para atención extrahospitalaria (65).

La fiscalización y supervisión está a cargo de las Seremis de Salud y de la Superintendencia de Salud. Las Seremis deben otorgar autorización sanitaria para las instalaciones y funcionamiento de los prestadores institucionales y fiscalizar su correcto funcionamiento (2); la Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, administra el Sistema Nacional de Acreditación, autoriza y fiscaliza a las entidades acreditadoras, fiscaliza a los prestadores institucionales en la mantención de los estándares por los que fueron acreditados y cuenta con registros públicos de los prestadores institucionales acreditados y de los prestadores individuales habilitados legalmente (3) (ver cuadro V.1). Esta acreditación es obligatoria para los prestadores que atiendan patologías del régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES), y da cumplimiento a la garantía de calidad de dicho régimen (4). La fiscalización de los procesos de acreditación y de la mantención de los estándares por parte de los laboratorios clínicos, es realizada por el Instituto de Salud Pública (ISP) (3).

**Cuadro V.1. Acreditación y certificación de prestadores de salud**

La acreditación de prestadores públicos y privados es un proceso de evaluación ejecutado por entidades acreditadoras, autorizadas por la Superintendencia de Salud, que se realiza periódicamente (con una vigencia de 3 años). Su objetivo es verificar que los prestadores institucionales autorizados por la Autoridad Sanitaria, entre ellos hospitales, clínicas, consultorios y centros de atención de salud, cumplan con un conjunto de estándares de calidad fijados y normados por el Ministerio de Salud. Estos estándares buscan el aseguramiento de la calidad y la disminución de los riesgos asociados a la atención, considerando:

- Respeto a la dignidad de los pacientes
- Gestión de la calidad
- Gestión clínica
- Acceso, oportunidad y continuidad de la atención de salud
- Registros
- Competencias del recurso humano
- Seguridad del equipamiento
- Seguridad de las instalaciones
- Servicios de apoyo

En el caso de los prestadores individuales, la Superintendencia de Salud da fe pública de su habilitación legal para ejercer sus profesiones en virtud de sus títulos profesionales, así como de la certificación de las especialidades médicas y odontológicas. Los prestadores son inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud de la Superintendencia de Salud, que es la fuente oficial y pública más completa y fidedigna de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud del país.

Fuente: Superintendencia de Salud (5,6)

## 1. Prestadores Públicos: El Sistema Nacional de Servicios de Salud[3]

El SNSS está compuesto por un conjunto de organismos interrelacionados entre sí (ver Capitulo II, figura II.1); el rol rector y normativo recae en el Ministerio de Salud, donde juega un papel importante la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Esta es responsable de articular y desarrollar la red asistencial, regular la prestación de acciones de salud, proponer políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento y coordinar su ejecución por los Servicios de Salud, la Central de Abastecimiento (Cenabast) (ver cuadro V.2) y los demás organismos que integran el Sistema (1).

La función de aseguramiento la realiza Fonasa, tal como se describió en el capítulo IV. Finalmente, la prestación de servicios asistenciales propiamente tal, está a cargo de los Servicios de Salud, que coordinan la red asistencial pública, constituida por los establecimientos asistenciales públicos dependientes del Servicio, los establecimientos de APS municipal y los demás establecimientos que suscriban convenio con el Servicio de Salud (1). Los beneficiarios del SNSS son todas las personas inscritas en Fonasa y las prestaciones de salud se entregan a través de la MAI, también descrita en el capítulo IV.

**Cuadro V.2. Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast)**

En 1952 la Central de Compras pasó a llamarse Central de Abastecimiento y, en 1979, se transformó en la Central de Abastecimiento del SNSS, asignándosele el rol de abastecer de medicamentos, alimentos, insumos y equipamiento a los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a los establecimientos municipales de salud y a otros adscritos al sector público, como los hospitales de las Fuerzas Armadas y de Orden o universidades.

Es una institución pública, descentralizada y autónoma, que depende del Ministerio de Salud, encargada de gestionar los procesos de compra determinados por el Ministerio de Salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública, el Fondo Nacional de Salud, los Servicios de Salud, las Municipalidades y Corporaciones Municipales, y otras entidades que se adscriban al Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Si bien, los servicios de salud y hospitales del sector público pueden abastecerse a través de otros mecanismos, la Cenabast permite regular el mercado al conseguir precios más bajos, dado el volumen de compras que se obtiene al consolidar la demanda de los clientes que pertenecen al SNSS, APS y extra-sistema, cumpliendo la función de intermediación.

Fuente: Cenabast (7).

3 También tienen carácter público los centros asistenciales de las Fuerzas Armadas y de Orden (se describen en el capítulo VII), de universidades públicas y de la Corporación Nacional del Cobre (Codelco), pero estos no pertenecen al sistema nacional de servicios de salud, por lo que no son abordados en este capítulo.

## 1.1 El modelo de atención

El SNSS adhiere al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) (8), que comienza a implementarse en Chile en el contexto de la Reforma de Salud de 2005 (8,9) y se define como *"el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural"* ((8), p.10). Este modelo "*hace hincapié en la promoción, prevención, resolución ambulatoria e integral de la mayoría de los problemas de salud de la población, el uso racional y eficiente de los recursos basados en la evidencia científica, y el fortalecimiento de la atención primaria"* ((9), p.2), para lo cual establece tres principios (10,11):

- **Centrado en las personas,** es decir, reconoce a las personas y a las comunidades como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios.
- **Integralidad,** es decir, incluye todas las acciones desde la prevención hasta la rehabilitación y cuidados paliativos, considerando las creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud. Define la cartera de servicios para dar respuesta a las necesidades de los diferentes usuarios en las distintas fases del ciclo vital y de los procesos de salud-enfermedad, en los establecimientos de la red.
- **Continuidad del cuidado,** es decir, la coordinación de todas las acciones, funciones y actores del sistema para dar respuesta a las necesidades de cuidado de la salud de la persona, incluyendo la coordinación entre distintas unidades y niveles de atención, funciones administrativas y profesionales que participan en la prestación de servicios.

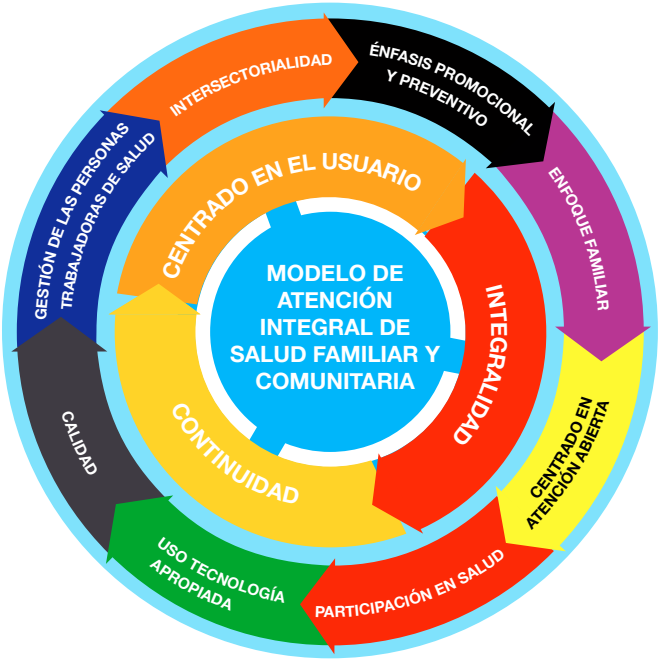
La implementación del modelo se lleva a cabo a través de una estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que se desarrolla en Chile desde 2014 (12), y que son definidas como *"una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve"* ((13), p.11). Esto supone organizar a los distintos establecimientos que integran la red para superar la fragmentación que se produce por la especialización y parcelación de los establecimientos y niveles de atención (10).

Esta estrategia interpela el enfoque hospitalo-céntrico y propone un cambio en la gestión de los equipos de salud, lo que requiere revisar las prácticas de coordinación, de comunicación

y de referencia entre niveles de atención, con el fin de dar continuidad a la atención desde la prevención hasta la rehabilitación y reinserción en la vida cotidiana de las personas (11). Para que esto sea posible, el modelo considera fundamental poner las intervenciones de APS en el centro de las prestaciones de salud (12). En nuestro país, esto constituye un desafío importante, considerando que la administración de la APS es, en su mayoría, municipal y no de los servicios de salud que coordinan la red. Es decir, supone un esfuerzo adicional para que se ejecuten coordinadamente los planes y programas definidos por el Minsal en todo el territorio nacional (9). En una evaluación sobre el funcionamiento de las RISS, realizado en 2015, se señala que los principales desafíos del modelo son (11):

- Romper la fragmentación administrativa, institucional y organizacional en la cual se desempeña el sector salud.
- Desarrollar una gestión basada en la capacidad protectora y resolutiva a nivel de la APS, con herramientas para la derivación y seguimiento de los pacientes que requieren atención de especialistas o intervenciones en centros hospitalarios.
- Fortalecer el enfoque territorial y la pertinencia cultural.
- Mantener programas de formación de especialistas y profesionales que trabajan en equipo y que reconozcan la relevancia del trabajo intersectorial.
- Formar profesionales y equipos de salud que valoran la participación de las personas, familias y comunidades en salud y la incorporan como un pilar de los procesos de cuidado y protección de la salud.
- Centrar la atención en las personas, lograr continuidad de los cuidados en salud, anticiparse al daño y priorizar a las personas y grupos vulnerables de la sociedad, respetando la dignidad y diversidad cultural.

**Figura V.1. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria**




Fuente: Ministerio de Salud ((10), p.13).

## 1.2. Los servicios de salud y la red asistencial pública

Los Servicios de Salud son organismos estatales, descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio, que están bajo la supervigilancia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (14). Son los continuadores legales del SNS y del Sermena, como ya se describió en el capítulo III sobre la historia del sistema de salud chileno.

Actualmente existen 29 Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país (cuadro V.3). Cada uno de ellos tiene territorio y población asignada (14).

El Director de cada Servicio de Salud es elegido por Sistema de Alta Dirección Pública (ADP)[4], desde 2003 cuando se crea este sistema (16). En las regiones que tienen más de un Servicio existe un Consejo de Coordinación de Redes Regionales, integrado por los Directores de dichos Servicios, que es presidido por el Subsecretario de Redes Asistenciales o por quien éste designe (14).

La función principal de los Servicios de Salud según el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, en su artículo 1°, es *"la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas"* (14).

La red asistencial pública está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos dependientes del Servicio de Salud, los establecimientos municipales de APS de su territorio, y los demás establecimientos públicos o privados con los que mantenga convenios, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población (1).

**Cuadro V. 3. Servicios de Salud según regiones, Chile**

| Región | Servicio de Salud |
|---|---|
| Arica-Parinacota | Arica Parinacota |
| Tarapacá | Iquique y Tarapacá |
| Antofagasta | Antofagasta |
| Atacama | Atacama |
| Coquimbo | Coquimbo |
| Valparaíso | Valparaíso - San Antonio<br>Viña del Mar-Quillota<br>Aconcagua |
| Metropolitana | Central<br>Sur<br>Sur-Oriente<br>Oriente<br>Norte<br>Occidente |
| O´Higgins | O´Higgins |
| Maule | Maule |
| Ñuble | Ñuble |
| Biobío | Concepción<br>Talcahuano<br>Biobío<br>Arauco |
| Araucanía | Araucanía Sur<br>Araucanía Norte |
| Los Ríos | Valdivia |
| Los Lagos | Osorno<br>Reloncaví<br>Chiloé |
| Aysén | Aysén |
| Magallanes y de la Antártica Chilena | Magallanes |

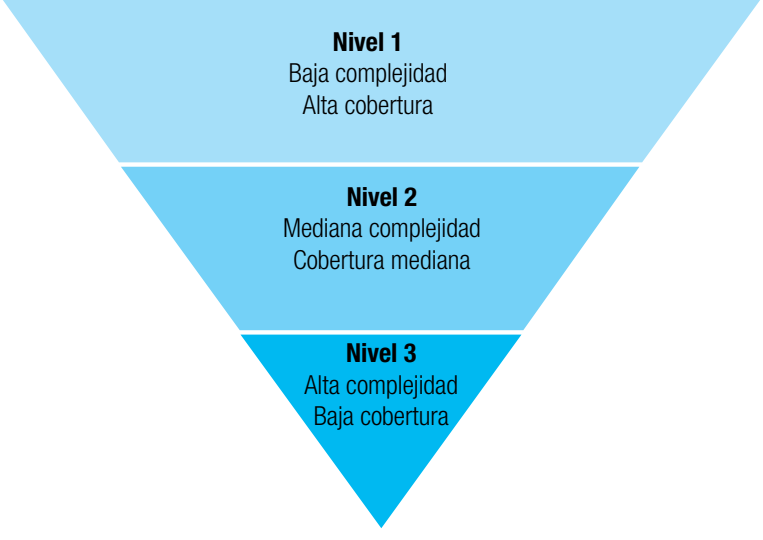
Fuente: Elaboración propia en base a Minsal (15).

4 El Sistema de Alta Dirección Pública, dependiente del Servicio Civil (Ministerio de Hacienda) tiene como objetivo dotar a las instituciones del gobierno central de directivos con probada capacidad de gestión y liderazgo para ejecutar de forma eficaz y eficiente las políticas públicas definidas por la autoridad, a través de concursos públicos y transparentes (66).

Todos estos actores se articulan en RISS, que incluyen todos los niveles de atención y se estructuran territorialmente. La integración de esta red se caracteriza por un componente horizontal, que articula los establecimientos y los servicios a un mismo nivel de atención y un componente vertical, que integra los servicios y los prestadores según su complejidad, ubicados idealmente de acuerdo a la concentración de la población y sus requerimientos de cobertura y acceso (13,17).

Además del criterio geográfico, la organización y los flujos de las redes pueden articularse en base a criterios funcionales y operacionales, como por ejemplo: las redes de patologías GES o áreas específicas de atención tales como urgencia y salud mental. También existen macro-redes a nivel regional y nacional, de acuerdo a la definición de polos de desarrollo en determinadas áreas de alta especialidad, considerando la magnitud del problema, el costo de las prestaciones y el nivel de especialización requerido. Ejemplo de ello son los centros de Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía y Atención del Gran Quemado, entre otros (18). Esto implica un alto nivel de coordinación entre los Servicios de Salud, de manera de colaborar y complementar las atenciones para resolver las necesidades de la población.

**Figura V.2. Niveles de complejidad**




Fuente: Elaboración propia

De esta manera, cada Servicio de Salud debe contar con una estrategia de planificación y programación en red, y cumplir con ciertos atributos como: tener asignada una población y un territorio, centrarse en el usuario, basarse en la atención primaria y contar con establecimientos suficientes para otorgar atención integral al paciente (11). Estos establecimientos asistenciales del sector público se organizan en distintos niveles de complejidad e incluyen prestaciones ambulatorias (abiertas) u hospitalarias (cerradas) que interactúan a través de mecanismos de referencia y contrareferencia (19).

- Nivel primario: de baja complejidad con amplia cobertura. Realiza atenciones de carácter ambulatorio y ejecuta los programas básicos de salud de las personas. Es la puerta de entrada al sistema de salud y se describe en detalle más adelante.

- Nivel secundario: de mediana complejidad y cobertura media, recibe para diagnóstico y tratamiento a los pacientes cuyo problema de salud no pueden ser resueltos en el nivel primario. Sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como hospitalaria.
- Nivel terciario: de alta complejidad y baja cobertura, con alta complejidad tecnológica y recursos humanos altamente especializados. Recibe referencia desde los otros niveles de atención. 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 desarrollan actividades de alta complejidad, en general, también realizan atención de nivel secundario.

Mención aparte merece el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que integra el sistema de atención prehospitalario con la misión de entregar *"atención prehospitalaria oportuna, de acceso universal y de calidad mediante cobertura a nivel nacional, con un enfoque prospectivo, integral y articulador de la emergencia en red, con un equipo humano de excelencia, con tecnología de punta, siendo el líder en lo que respecta a la atención sanitaria prehospitalaria y los desastres con enfoque de gestión integral del riesgo"* ((20), p.9). El SAMU realiza atención, traslado y coordinación de urgencia, con ambulancias equipadas y personal idóneo para resolver emergencias. Estos servicios son entregados por centros reguladores dependientes administrativamente de un Servicio de Salud, aunque el territorio abarcado por estos centros puede extenderse a varios Servicios (21).

Los Servicios de Salud contaban en 2017 con 117.572 funcionarios, con un crecimiento de 21% desde 2010. Del total de funcionarios de los Servicios de Salud, 43.923 son profesionales (tabla V.1). El total de médicos de la red asistencial pública, incluyendo a la APS, asciende a 20.251; esta cifra representa el 45% del total de médicos inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud y el 57% de ellos (11.440 médicos) tiene especialidad (22).

**Tabla V.1. Profesionales de salud de las leyes Nº 18.834** (23)**, Nº 19.664** (24) **y Nº 15.076** (25) **de los Servicios de Salud. Diciembre 2017**

| Profesión | N° | Horas semanales |
|---|---|---|
| Médicos* | 16.225 | 574.239 |
| Odontólogos | 2.356 | 86.113 |
| Bioquímicos | 153 | 6.304 |
| Químicos farmacéuticos | 858 | 36.525 |
| Profesionales de salud Ley 18.834** | 24.337 | 1.059.639 |
| Total | 43.923 | 1.764.837 |

Fuente: Ministerio Salud (22).

* No incluye médicos de APS

** La información disponible sobre profesionales contratados bajo la Ley Nº 18.834 (Estatuto Administrativo, septiembre 1989), no permite el desglose por tipo de profesional.

Gran parte de los médicos internistas, cirujanos y especialistas en medicina familiar, cirugía pediátrica, neurología pediátrica, psiquiatría pediátrica, medicina de urgencia, medicina intensiva, neurocirugía, cirugía cardiovascular, neonatólogos y anatomopatólogos, hematólogos e infectólogos están contratados en la red asistencial pública. Los recursos humanos son más escasos cuando se trata de especialidades como dermatología, oftalmología, traumatología, endocrinología e inmunología, entre otras (22).

A continuación, se describe el funcionamiento de la red y los establecimientos asistenciales que conforman cada uno de estos niveles.

## a. Atención Primaria de Salud

En nuestro país, la APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud y pretende otorgar acceso equitativo a la salud a la población chilena, adhiriendo a los principios de Alma-Ata (ver cuadro V.4).

Tal como se describe en el capítulo III, a partir de 1980 la administración de la mayor parte de los centros de APS pasó a manos de las Municipalidades o Corporaciones Municipales; actualmente el 87% de la APS está bajo administración municipal. Sin embargo, existen también establecimientos dependientes de los servicios de salud y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) o universidades[5] que ejecutan acciones de APS en convenio con los servicios de salud (ver figura V.3).



5 Centros de Salud Familiar Ancora, desarrollado por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica en colaboración con el Ministerio de Salud, el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y las Municipalidades de Puente Alto y La Pintana (67).

Independientemente de la entidad que administra los centros de APS, estos deben cumplir las normas técnicas, planes y programas que imparte el Ministerio de Salud y es el Servicio de Salud quien supervisa su cumplimiento y fija las metas específicas e indicadores de actividad que deben cumplir las entidades administradoras de salud primaria municipal y sus establecimientos; en base a estas metas se evalúa su desempeño (14,26).

Tal como se señaló en el capítulo IV sobre entidades aseguradoras, el financiamiento de la APS es estatal y se realiza a través del pago de un monto per cápita mensual. Este monto es un aporte básico homogéneo por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de APS, y se calcula a partir de una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar (PSF) (27). Este plan comprende acciones en distintos programas de salud, tales como: salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente, incluye también las Garantías Explícitas en Salud (GES) otorgadas por el nivel primario de atención y otras actividades generales asociadas a los programas, incluyendo exámenes de laboratorio. Cada una de las actividades sanitarias contenidas en el PSF considera un grupo objetivo y coberturas específicas (27,28). El año 2019 el per cápita basal fue de $ 6.329 (29).

**Cuadro V.4. Conferencia Internacional de Alma-Ata**

En 1978 se realizó la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata (entonces capital de Kazajistán, parte de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas).

Esta conferencia, organizada por la OMS y UNICEF, adoptó una Declaración que reafirmó el carácter de la salud como un derecho humano fundamental e instó a los gobiernos y a los organismos internacionales, a promover la atención primaria de salud y dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, señalando que *"la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"* ((30), p.1).

Este llamado ha sido reforzado a través de los años en distintas conferencias sobre la promoción de la salud, como las realizadas en Ottawa (1986), Australia (1988), Suecia (1991), Yakarta (1997), México (2000), Bangkok (2005), Nairobi (2009), Helsisnki (2013) y Shangai (2016) (31), así como en la última Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, llevada a cabo en Astaná (2018), actual capital de Kazajastán, que adoptó la Declaración de Astaná (32), donde se señala que para afrontar los desafíos de la era moderna en cuanto a salud y desarrollo, se necesita una APS que:

1. *empodere a las personas y las comunidades para que se sientan dueñas de su salud, defiendan las políticas que la promueven y la protegen, y asuman el papel de arquitectos de la salud y los servicios sociales que contribuyen con la salud;*

2. *aborde los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud por medio de acciones y políticas que estén basadas en la evidencia y abarquen a todos los sectores; y*

3. *asegure un sistema de salud pública y una atención primaria fuertes a lo largo de la vida de las personas, como elementos centrales de la prestación de servicios integrados.*

Al per cápita basal, se agregan incrementos de acuerdo al porcentaje de pobreza de la comuna, ruralidad, dificultad para prestar atenciones de salud (asignación de zona y desempeño difícil[6]) y proporción de adultos mayores. El aporte per cápita total representa aproximadamente el 70% del financiamiento estatal de la APS municipal; un 25% proviene de financiamiento estatal a través de programas de reforzamiento[7] y el 5% restante de leyes sobre asignaciones de desempeño[8] y otros beneficios para el personal de APS (33,34). Paralelamente, las municipalidades pueden aportar fondos al funcionamiento de la APS, dependiendo de los ingresos propios.

Este mecanismo de pago no se aplica a comunas de menos de 3.500 habitantes, ya que se considera que el costo de prestar servicios de salud no se relaciona directamente con el número de inscritos. En estos casos se transfiere un monto fijo mensual para asegurar su operación; son las llamadas "comunas de costo fijo" y ascienden a 47 en el país (27) (ver figura V.3).

El financiamiento de la APS dependiente de los Servicios de Salud y ONGs en convenio, se realiza a través de pago prospectivo por prestación[9] y presupuesto histórico (35).

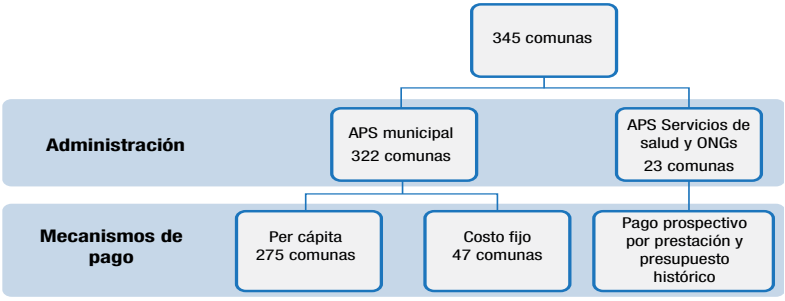
6 Para la clasificación de establecimiento de desempeño difícil, se consideran factores como condiciones de aislamiento geográfico, dispersión de la población beneficiaria, marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria y la inseguridad y riesgo para el personal, derivado de las condiciones del lugar en que se ejecuten las acciones de atención primaria de salud (68,69).

7 El Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) surge en 1990 para apoyar a la atención primaria en la resolución de los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutiva y cobertura asistencial. Opera mediante aportes estatales adicionales al pago per cápita, con un mecanismo prospectivo por prestación, en el caso de que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud signifiquen un gasto mayor para la administradora de salud municipal. Los aportes se entregan a partir de convenios suscritos entre los Servicios de Salud y las municipalidades (33,35).

8 El Estatuto de Atención Primaria establece que los todos los funcionarios de APS tienen derecho a una asignación, que es un incremento del sueldo base, por el hecho de integrar esa dotación; además, existen otras asignaciones en relación a la naturaleza de las funciones que desarrolle, las características del establecimiento y a la evaluación del desempeño (artículo 23) (26).

9 Pago prospectivo o pago anticipado, se refiere al pago por un paquete de salud que es negociado y acordado con anterioridad a la entrega del tratamiento. El pago es por costos esperados, en contraste a costos reales.

**Figura V.3. Dependencia administrativa y mecanismos de pago de la APS, Chile 2016.**




Fuente: Adaptación en base a Financiamiento y gasto de la APS en Chile (34).

Pueden acceder a la APS todos los beneficiarios de Fonasa inscritos en un establecimiento de APS, que en 2017 ascendieron a 12.366.867 personas (36). Para ellos, la atención no tiene costo alguno, independiente del tramo en el que se encuentren.

Según datos del Minsal, la red de APS está compuesta por 2.514 establecimientos, con una dotación de personal de 58.600 funcionarios contratados según el estatuto de APS (37). A continuación, se detallan los principales establecimientos que integran la atención primaria de salud (figura V.4):

**Figura V.4. Red de Atención Primaria de Salud. Chile, junio 2017.**

| Servicios de Urgencia en APS | Consultorios y Postas | Centros comunitarios y Hospitales comunitarios |
|---|---|---|
| • 158 SUR<br>• 277 SAPU<br>• 21 SAR | • 1.166 PSR<br>• 119 CGR<br>• 470 CGU } 483 CESFAM | • 218 Cecosf<br>• 85 HC |

Fuente: Minsal. Atención Primaria de Salud en Chile. Avances y Desafíos (37).

- Centros y hospitales comunitarios

  - Hospitales de la Familia y la Comunidad (HC). Son establecimientos de baja complejidad que integran la estrategia de atención primaria, brindando servicios ambulatorios, de atención cerrada, de urgencia, atención domiciliaria y hacia la comunidad, considerando el territorio en el cual se encuentran insertos, así como

las necesidades y preferencias de la población a la que atienden. Se diferencian de los centros de APS y de los hospitales de mediana o alta complejidad, porque tienen una visión territorial, que les permite vincularse a la comunidad, con la red comunitaria de salud, con el intersector, con la red de APS de la comuna donde se ubican y las comunas aledañas, y con la red secundaria y terciaria del Servicio de Salud. De esta forma, tiene una relación planificada con la administración municipal de salud e incorpora el enfoque familiar y comunitario en todas las formas de atención, enfatizando la promoción y la prevención (38).

- Centros Comunitarios de Salud Familiar (Cecosf). Entregan atenciones básicas de salud y dependen de un Consultorio o Cesfam para prestaciones más complejas. Tienen una base comunitaria y atienden a poblaciones pequeñas, lo que determina una mayor cercanía con la comunidad, y están orientados a focalizar los servicios y resolver de manera más oportuna las necesidades de salud de la población a cargo (39,40).

• Centros de Salud, Consultorios y Postas

- Centros de Salud Familiar (Cesfam). Son establecimientos de atención ambulatoria, que realizan acciones de fomento, promoción y protección de la salud en su área poblacional, y prestan servicios de curación, tratamiento y rehabilitación, dependiendo de los recursos que posean y su capacidad resolutiva. En ellos también se orienta y deriva a los pacientes a centros de mayor complejidad. En los Cesfam se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario, por lo que se da mayor énfasis a la prevención y promoción de la salud, centrándose en las familias y la comunidad, y promoviendo la participación comunitaria (39–41).

- Consultorios Generales Urbanos (CGU): Establecimiento de atención ambulatorias ubicados en localidades de más de 20.000 habitantes y al servicio de un área de atracción, no superior a 50.000 habitantes. Realizan acciones de promoción, fomento y protección; atención médica, de especialidades y odontológicas; orientación y derivación de los pacientes a establecimientos de mayor complejidad (hospitales/institutos); controles médicos a enfermos que no requieran ser hospitalizados; primeros auxilios y actividades relacionadas con el medio ambiente y otras que tiendan al desarrollo integral de la población (40,41).

- Consultorios Generales Rurales (CGR): en general atienden a localidades que poseen entre 2.000 y 5.000 habitantes. También entregan atenciones ambulatorias de nivel primario, pero con una dotación menor de recursos. Dependen técnicamente de un consultorio urbano (40). Desde 2014 existe un Programa de Salud de Urgencia Rural (SUR) que se realiza en los CGR de comunas que no cuentan con hospitales

de baja complejidad, con el fin de otorgar atención inmediata en situaciones de urgencia médica.

- Postas de Salud Rural (PSR). Son centros que prestan atención ambulatoria básica en sectores de población rural. Desarrollan acciones de fomento, protección, promoción, y prevención de la salud, así como atenciones sencillas de recuperación y derivación a otros establecimientos de la red. Cuentan con un técnico paramédico residente, un sistema de comunicación radial con su centro de referencia y un equipo de salud multidisciplinario que realiza rondas rurales (39–41).

- Estaciones Médico Rurales (EMR). Corresponden a centros de atención de salud ambulatoria básica, que operan en espacios físicos cedidos por la comunidad. No cuentan con auxiliar permanente y la población es atendida mediante rondas periódicas realizadas por un equipo de salud rural (40).

- Servicio de Urgencia de APS

  - Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Establecimientos que ofrecen atención ante emergencias o urgencias médicas de mediana y baja complejidad, generalmente en horario no hábil. Se encuentran adosados a centros de salud de APS, dependiendo técnica y administrativamente de ellos o de quien determine la Autoridad Sanitaria local. El SAPU es parte de la Red de Urgencia y su ubicación en el nivel primario busca asegurar el acceso inmediato a la atención médica abordando los problemas de salud de acuerdo a su capacidad resolutiva y derivando los casos más complejos a otros establecimientos de la red (39-41).

  - Servicio de Atención de Urgencia de Alta Resolución (SAR). Se implementan a partir de 2014, con el objetivo de descongestionar los servicios de urgencia, atendiendo patologías de baja complejidad. Los SAR funcionan entre las 17:00 PM y las 08:00 AM. Otorgan atención médica contando con equipos de rayos osteo-pulmonar, kit de laboratorio básico y acceso a telemedicina (42).

## b. Establecimientos de nivel secundario y terciario

La mayor parte de los hospitales y centros de mayor complejidad dependen de los Servicios de Salud, que deben determinar la cartera de servicios de cada establecimiento y coordinar la red asistencial. La excepción la constituyen algunos Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (Cosam), que son de dependencia municipal.

Como se describió en el capítulo IV sobre entidades aseguradoras, los beneficiarios acceden a estos establecimientos a través de MAI y son derivados desde la APS (con excepción de los servicios de urgencia). El pago de las prestaciones es a través de los Programas de Prestaciones Institucionales (PPI) y de Prestaciones Valoradas (PPV).

El nivel secundario está compuesto por los Cosam, los Centros de Referencia de Salud y los Centros de Diagnóstico Terapéutico, todos ellos de atención ambulatoria. En el nivel terciario, por su parte, están los hospitales e institutos de especialidad. A continuación, se entrega una breve descripción de cada uno de estos establecimientos:

- Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (Cosam). Son establecimientos de nivel de complejidad secundaria, que entregan atención a los usuarios con patologías de salud mental, así como apoyo, educación y orientación a sus familiares y cuidadores (40,41). Buscan acercar la atención mental especializada a la gente, considerando la integración con las organizaciones locales y redes comunitarias que conocen la realidad local (43). De los 91 Cosam que existían en el país en el año 2016, el 49% era de dependencia municipal, el 48% era de dependencia de los servicios de salud y el 2% pertenecía a instituciones privadas. De los 45 Cosam de dependencia municipal, 40 se encuentran en la Región Metropolitana (43).

- Centros de Referencia de Salud (CRS). Son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención por especialidad, de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a pacientes referidos desde la APS (14).

- Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT). Son establecimientos de atención abierta, de alta complejidad, adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud, CESFAM y consultorios generales, y a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual están adosados. Cuentan al menos con pabellones de procedimientos para diversas especialidades, laboratorio de alta complejidad e imagenología compleja (14).

- Centros de Especialidad. Son establecimientos de atención abierta que entregan atención de tipo diagnóstico y terapéutico para una determinada especialidad. Pueden corresponder a laboratorios, bancos de sangre y tejidos u otros establecimientos de atención especializada que puede ser de baja, mediana o alta complejidad (14).

- Hospitales e institutos de especialidad. Los hospitales son establecimientos destinados a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas, debiendo colaborar también en actividades de fomento y protección de la salud, a través de acciones ambulatorias o de atención cerrada. Les corresponde entregar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones que le

hayan sido asignadas por el director del Servicio de Salud correspondiente, de acuerdo a las normas técnicas dictadas por el Ministerio de Salud (14).

Los establecimientos hospitalarios que tienen mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, y cumplen con los requisitos que determine el reglamento respectivo, pueden obtener la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red" (EAR)[10], pasando a ser órganos funcionalmente desconcentrados del correspondiente Servicio de Salud (1,44).

Los Institutos de Especialidad, por su parte, son establecimientos hospitalarios destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, por ejemplo el Instituto Nacional del Cáncer, de Neurocirugía, o Instituto Nacional del Tórax (14).

Respecto a su complejidad, los hospitales e institutos de especialidad se clasifican en establecimientos de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutiva, considerando: "*a) función dentro de la red asistencial teniendo presente los distintos niveles de complejidad de la red; b) servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico considerando su resolutividad, disponibilidad de recurso humano, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza; c) grado de especialización de sus recursos humanos*" (Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Título V, artículo 44 (14). Si bien la clasificación es resuelta por el Ministerio de Salud analizando la particularidad de cada caso, existen algunos criterios orientadores, que se detallan en el cuadro V.5.

10 Los Establecimientos de Autogestión en Red, son establecimientos de salud dependientes del Servicio de Salud, con mayores grados de autonomía en su gestión, especialmente en aquellos aspectos relativos a la definición de estructura y el manejo de los recursos humanos y materiales. Para ello deben contar con un plan de desarrollo estratégico acorde a las políticas, planes y programas de la red asistencial del Servicio de Salud y considerar políticas y planes de acción en recursos humanos, gestión financiero-contable y presupuestaria, de mejoramiento de los índices de satisfacción usuaria, de gestión clínica y administrativa, de recaudación de ingresos, de auditoría interna, y de planificación y control de gestión, entre otros requisitos que establece la ley (70).

**Cuadro V.5. Criterios de Clasificación según Nivel de Complejidad de Establecimientos Hospitalarios**

| Alta complejidad | Mediana complejidad | Baja complejidad |
|---|---|---|
| Centros finales de referencia del Servicio de Salud al cual pertenecen. Dan cobertura a toda la población del Servicio de Salud para prestaciones de alta complejidad, según cartera de servicios definidas por el gestor de red. | Centros intermedios de referencia, cuya complejidad está determinada por el nivel de cuidados que entrega, los servicios de apoyo y/o las especialidades con las que cuenta. Dan cobertura a la población que forma parte de su jurisdicción, más la derivada de los otros establecimientos de su red. Dependen administrativamente del Servicio de Salud al cual pertenecen. | Estos establecimientos cumplen principalmente un rol de acercamiento de la salud a la población, sobre todo en zonas extremas y con alta ruralidad. Constituyen centros de Atención Primaria en los lugares donde son los únicos establecimientos de salud. Dan cobertura a toda la población de su jurisdicción en prestaciones de baja complejidad. Eventualmente pueden desarrollar pilotos y/o estrategias de prestaciones específicas orientadas al diagnóstico o tratamiento de ciertas patologías, principalmente GES, utilizando, entre otras, herramientas de telemedicina. Dependen administrativamente del Servicio de Salud al cual pertenecen. |

Fuente: Ministerio de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Norma Técnica N° 150. 2013 (44).

En cuanto a los recursos disponibles, según el Ministerio de Salud, hasta diciembre de 2018 existían 112 establecimientos de nivel secundario de atención y 188 hospitales, que en su mayoría correspondían a hospitales de baja complejidad (tabla V.2) (45).

**Tabla V.2. Hospitales de la Red del SNSS según nivel de complejidad. 2018**

| Nivel de Complejidad | N° establecimientos* |
|---|---|
| Alta | 62 |
| Mediana | 27 |
| Baja | 99 |
| Total | 188 |

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de Establecimientos Chile. DEIS-Minsal 2018 (45).

* Nota: se eliminan establecimientos cerrados a la fecha.

## c. Provisión de servicios

Los establecimientos antes detallados son responsables de proveer las prestaciones que permitan resolver las necesidades de salud de la población que les corresponde atender. Las atenciones que otorgan se organizan en una cartera de servicios, que identifica y estructura todos los tipos de prestaciones, según su nivel de complejidad y recursos asignados.

En el caso de los hospitales, las principales prestaciones son los egresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, partos, consultas de especialidad, consultas de urgencia, procedimientos y exámenes. En el año 2016 el número de camas hospitalarias disponibles en el sistema público era de 25.991 (cerca del 70% del total de camas para ese año), produciéndose 1.031.950 egresos hospitalarios en hospitales públicos, 95,7% de los cuales correspondieron a beneficiarios de Fonasa (46).

Respecto a otras prestaciones, el 2015 se realizaron más de 18 millones de consultas de urgencia y mas de 16 millones de consultas médicas en APS (46) (tabla V.3).

**Tabla V.3. Principales prestaciones SNSS 2015**

| Prestación | N° |
|---|---|
| Consultas médicas de urgencia | 18.422.068 |
| Consultas médicas APS | 16.048.924 |
| Consultas médicas de especialidades | 7.987.072 |
| Intervenciones quirúrgicas | 1.009.186 |

Fuente: Indicadores Básicos de Salud. Ministerio de Salud 2016 (46).

## 2. Prestadores Privados

Como se mencionó en el capítulo III, la Constitución Política de 1980 marcó el reconocimiento de un sistema privado de salud en Chile, como opción al sistema público de salud (47). Esta nueva disposición generó un cambio al entender como delegables las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, permitiendo la participación de los privados en un ámbito que hasta la fecha había sido prácticamente de exclusividad del sector estatal (48–50). Esto se vio favorecido, además, por la creación de las Isapres en 1981, con una población beneficiaria que actualmente representa alrededor del 14,4% de la población (51).

A continuación, se describen los prestadores privados de salud, considerando tanto prestadores institucionales como individuales, se detallan los recursos humanos e infraestructura con que cuentan, los tipos de prestaciones que entregan y la población beneficiaria de las mismas.

## 2.1. Tipos de prestadores y estructura general del sector

El sector de prestadores privados de salud se compone de dos niveles de atención (48):

- Hospitalario: clínicas privadas de alta y mediana complejidad (en su mayoría con fines de lucro).

- Ambulatorio: centros médicos y consultas privadas aisladas o adosadas a establecimientos de hospitalización (clínicas); laboratorios clínicos, centros de diálisis, imagenología u otros; pueden estar integrados a los centros de atención o bien funcionar como entidades independientes.

De esta clasificación se desprende la existencia de prestadores institucionales y prestadores individuales. Los primeros corresponden a profesionales que están bajo el alero de una institución de salud, y los segundos son aquellos profesionales que ejercen su profesión de manera independiente. Ambos tipos de prestadores, institucionales e individuales, pueden establecer convenios con los seguros público y privados.

Se trata, por lo tanto, de un sector fragmentado, en el cual coexisten varias unidades o establecimientos no integrados dentro de la red asistencial (13), que presenta, además, dos características relevantes: primero, una estructura de competencia horizontal, tanto entre prestadores como entre aseguradores. Es decir, existen centros asistenciales y aseguradoras que compiten entre sí, lo que se refleja en el número de Isapres abiertas y de clínicas privadas actualmente en funcionamiento. En segundo lugar, una integración vertical, donde los grupos empresariales aseguradores ofrecen, a su vez, prestaciones médicas a través de sus filiales (52). Si bien las Isapres, en cuanto personas jurídicas, no son propietarias ni administradoras directas de prestadores, los socios o accionistas sí pueden coincidir (un mismo *holding* o pertenecientes a los mismos controladores (53).

## 2.2. Recursos e infraestructura

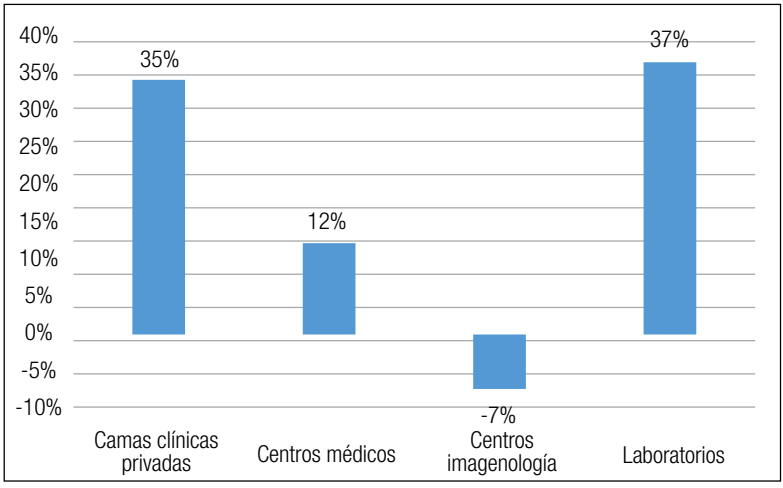
En relación a la infraestructura y según datos de la Asociación de Clínicas de Chile, al año 2016 los prestadores privados de salud disponían de 83 clínicas (con más de 10 camas), 40% de ellas ubicadas en la Región Metropolitana; las camas ascendían a 6.914, correspondiendo al 18% del total de camas del país (54). Además, existían 877 laboratorios, 490 centros de imagenología y 745 centros médicos[11].



11 Los datos sobre establecimientos ambulatorios corresponden a una estimación realizada por Clínicas de Chile, en base a prestadores inscritos con convenio con la Modalidad Libre Elección de Fonasa, incluyendo a todos los que no pertenecen al SNSS, por lo que no es posible conocer la cantidad exacta de los establecimientos privados (54).

Estos recursos, con excepción de los centros de imagenología, muestran un importante crecimiento a través del tiempo (54,55), tal como se observa en la figura V.5.

**Figura V.5. Porcentaje de variación en el número de camas clínicas privadas, centros médicos, centros de imagenología y laboratorios entre los años 2007 y 2016*.**




Fuente: Elaboración propia en base a Clínicas de Chile (54).

* Nota: establecimientos ambulatorios corresponden a estimación realizada por Clínicas de Chile, en base a prestadores inscritos para MLE.

En cuanto a los recursos humanos, a diciembre de 2017 existían 506.105 prestadores individuales registrados en la Superintendencia de Salud, de los cuales 45.451 eran médicos (56). Una proporción importante de los médicos trabaja tanto en el sector público como privado, práctica que también existe, aunque con menor frecuencia, entre matronas y personal de enfermería (57). En este contexto, al no contarse con datos exactos al respecto, la Asociación de Clínicas de Chile estima que del total de médicos, un 52% trabaja exclusivamente en el sector privado, proporción que sube a 62% si se mide en horas médicas (54). Respecto a la disponibilidad de especialistas, el sector privado cuenta con cantidades similares de anestesiólogos y neurólogos a las del sector público, y más de la mitad de los radiólogos, traumatólogos, psiquiatras de adultos, diabetólogos, endocrinólogos, inmunólogos, oftalmólogos, dermatólogos, otorrinolaringólogos y cirujanos plásticos, se desempeña exclusivamente en el sector privado (22).

## 2.3. Beneficiarios

En relación a la cobertura, la demanda potencial de los prestadores privados considera a (54):

- Beneficiarios de Fonasa B, C y D, a través de la MLE.
- Beneficiarios Fonasa A derivados por convenios desde los servicios de salud o Fonasa para prestaciones de ley de urgencia (ver cuadro V.6), garantías GES o resolución de listas de espera.
- Beneficiarios de Isapres.
- Personas que no tienen previsión, pero que cuentan con ingresos para financiar sus prestaciones de salud de manera particular.

Las estimaciones respecto de magnitud de la población potencial demandante de prestadores de salud privados en 2016, muestra que ésta podría variar entre 9.340.102 personas (51,3% de la población del país), si se incluyen sólo los tramos C y D de Fonasa y el V quintil de ingresos, y 14.010.035 personas (77% de la población) considerando también al tramo B de Fonasa y el IV quintil de ingresos (54).

**Cuadro V.6. Ley de Urgencia**

La Ley de urgencia es un beneficio que garantiza que toda persona que presenta una urgencia o emergencia en salud reciba atención de forma inmediata en el centro asistencial, público o privado, más cercano al lugar en que se encuentra el paciente, no haciéndose diferencias en relación a su afiliación a Fonasa o Isapres. Esta ley prohíbe a los establecimientos de salud condicionar la atención médica de emergencia a la firma de documentos en garantía, pagarés, dinero, o cualquier otro instrumento financiero hasta el momento de la estabilización.

En el contexto de esta ley, se entiende por urgencia o emergencia a toda condición o cuadro clínico que implique riesgo vital o secuela funcional grave de no recibir la persona atención médica inmediata e impostergable. Esta condición debe ser certificada por el médico de la unidad de emergencia. Cuando un beneficiario ingresa por Ley de Urgencia, el subsistema de salud al que pertenece la persona financia directamente al establecimiento que brinda la atención, hasta el momento de su estabilización, debiendo posteriormente pagar el copago correspondiente (dependiendo de la complejidad de la urgencia, tramo de Fonasa o plan de Isapre). Una vez estabilizado el paciente, debe ser trasladado al centro que le corresponde según su previsión.

Fuente: Ley de Urgencias, Biblioteca del Congreso Nacional (58); Ley de Urgencias, Fonasa (59).

## 2.4. Provisión de servicios

Según estimaciones de la Asociación de Clínicas de Chile (54), el año 2016 el sector privado realizó 125.992.672 millones de atenciones de salud, lo que equivale al 37% del total de prestaciones brindadas en Chile ese mismo año, si se consideran las atenciones entregadas en atención primaria (y 48% si no se consideran). Llevando estas cifras a personas, cerca de 8.722.636 asegurados en Isapres o Fonasa demandaron una prestación de salud a un prestador privado y, de acuerdo a encuestas elaboradas por terceros, las evaluaciones de la atención recibida son positivas y en general mejores que las del sector público (60,61).

Entre los años 2014 y 2016 las prestaciones entregadas por privados aumentaron en un 10,3% (9,7% en beneficiarios MLE y 10,7% en beneficiarios de Isapres) (54). Las compras directas del sector público a los prestadores privados[12] alcanzan alrededor del 4% del gasto total financiado por Fonasa, observándose un aumento en términos absolutos, pero manteniéndose dicha proporción entre los años 2009 y 2016 (62).

Las prestaciones más demandadas en el sector privado son de tipo ambulatorio, principalmente exámenes diagnósticos (45% del total de prestaciones), consultas (24,5%) y procedimientos de apoyo clínico y terapéutico (23,2%), como se observa en la tabla V.4.

**Tabla V.4. Origen de prestaciones otorgadas por prestadores privados por tipo de aseguramiento del paciente (en cantidad), año 2016.**

| Prestaciones | Fonasa MLE | Isapres | Total |
|---|---|---|---|
| Consultas | 15.813.838 | 15.034.439 | 30.848.277 |
| Días cama (no incluye camas recuperación) | 227.912 | 1.124.697 | 1.352.609 |
| Exámenes diagnósticos | 25.568.061 | 31.175.525 | 56.743.586 |
| Intervenciones quirúrgicas (incluye PAD) | 244.595 | 390.946 | 635.541 |
| Partos y cesáreas (incluye PAD) | 43.122 | 40.265 | 83.387 |
| Proc. Apoyo clínico y terapéutico | 10.598.769 | 18.576.043 | 29.174.812 |
| GES Isapres (sin farmacia) | 0 | 7.154.460 | 7.154.460 |
| Total | 52.496.297 | 73.496.375 | 125.992.672 |

Fuente: Clínicas de Chile (54).

12 Se refiere a compras directas de Fonasa o los Servicios de Salud a los prestadores privados, que se realizan por situaciones de brecha de oferta pública, dentro de las que se encuentran: brecha de camas (por mayor demanda de camas críticas en la red pública), brechas de oferta para prestaciones GES (diálisis, radioterapia, por ejemplo) y brechas de otras prestaciones (68).

Del total de prestaciones del sector privado, 42% las demandan beneficiarios de Fonasa a través de MLE, las cuales se concentran fundamentalmente en prestaciones ambulatorias, llegando a alcanzar 51% del total de consultas médicas (54).

Comparativamente, queda en evidencia la baja participación de la MLE en la demanda de días cama, lo que puede ser atribuible a la baja cobertura Fonasa MLE a esta prestación ($3.040 por día cama en el año 2016), que representa un bajo porcentaje del costo promedio de la prestación y no incluye medicamentos e insumos (54).

***Como se detalla en este capítulo, el prestador público de salud en Chile es el SNSS, compuesto por diversas instituciones, que prestan servicios asistenciales de salud con distintos niveles de complejidad (primario, secundario y terciario). Estos prestadores se enmarcan en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, y se articulan en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). No obstante, el hecho de contar con distintos sistemas administrativos, genera problemas de coordinación entre los diferentes niveles de la red, que repercuten en los usuarios del sistema público, con largos tiempos de espera, listas de personas esperando interconsultas y procedimientos, y falta de recursos humanos, entre otros.***

***Por su parte, los prestadores privados de salud constituyen un sector fragmentado, en el cual coexisten prestadores institucionales e individuales, tanto a nivel ambulatorio como hospitalario. Entre 2014 y 2016 las prestaciones entregadas por privados mostraron un aumento cercano al 10%, correspondiendo al 37% del total de atenciones de salud del país, a las que acceden tanto afiliados a Isapre como beneficiarios de Fonasa B, C y D, a través de la MLE.***

## Bibliografía


1. Ministerio de Salud. Ley 19.937 del 24 de febrero de 2004. Modifica el D.L. No 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana [Internet]. Chile; 2004. Available from: http://bcn.cl/1uw7c

2. Gobierno Transparente. Gobierno de Chile. Facultades, funciones y atribuciones de sus unidades u órganos internos. Seremi de Salud [Internet]. [cited 2018 Nov 21]. Available from: http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/seremirm/facultades.html

3. Superintendencia de Salud. Guía práctica para el proceso de acreditación de prestadores institucionales de salud [Internet]. Santiago; 2016 [cited 2018 Nov 28]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8981_guia_practica_acreditacion.pdf

4. Ministerio de Salud. Ley 19.966. Establece un Régimen de Garantías en Salud [Internet]. 2004. Available from: http://bcn.cl/1uyp6

5. Supertintendencia de Salud. Acreditación [Internet]. Página Web. [cited 2019 Jan 15]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-6060.html#acordeonMaterial

6. Superintendencia de Salud. Inscripción de título en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud - Servicios. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. [Internet]. [cited 2019 Jul 9]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/w3-article-6023.html

7. Cenabast. Quiénes somos [Internet]. Available from: https://www.cenabast.cl/institucion/quienes-somos/

8. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie de Cuadernos Modelo de Atención N°1 [Internet]. 2005. Available from: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf

9. García-Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I, et al. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Publica. 2018;42.

10. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementacion del modelo de atencion integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 31]. Available from: https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf

11. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red 2019 [Internet]. Santiago; 2018 [cited 2018 Nov 23]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf

12. Ministerio de Salud. Informe de implementación estrategia de redes asitenciales integradas de servicios de salud (RISS) en Subsecretaría de Redes Asistenciales [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 23]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementación-estrategia-RISS.pdf

13. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas. [Internet]. Washington; 2010 [cited 2018 Nov 22]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y

14. Ministerio de Salud. Decreto 140. Reglamento orgánico de los Servicios de Salud [Internet]. BCN Sntiago; 2005. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=237231

15. Ministerio de Salud. Ubicación Servicios de Salud [Internet]. 2019. Available from: https://www.minsal.cl/conozcanos_servicios_salud/

16. Ministerio de Hacienda. Ley 19.882. Regula nueva política de personal a los funcionarios públicos que indica. [Internet]. 19.882 Biblioteca del Congreso Nacional; 2003. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=211480

17. Vazquez ML, Vargas I, Farré Calpe J, Terraza Núñez R. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2005 [cited 2018 May 29];79(6):633–43. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600003

18. Ministerio de Salud. Redes de Atención GES y no-Ges [Internet]. Santiago; 2017 [cited 2018 May 31]. Available from: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/Redes-Ges-y-No-Ges-2017..pdf

19. Gattini C. Estructura organizacional del SNSS [Internet]. Observatorio Chileno de Salud Pública. [cited 2018 May 31]. Available from: http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional-del-snss

20. Ministerio de Salud. Modelo Nacional Sistema de Atención Médica de Urgencia SAMU [Internet]. 2018. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Modelo-Nacional-Sistema-de-Atención-Médica-de-Urgencia-SAMU.pdf

21. SAMU Metropolitano. SAMU. Bases y Centro Regulador de las llamadas al 131 [Internet]. [cited 2019 Apr 2]. Available from: http://www.samu.cl/bases-y-centro-regulador/

22. Ministerio de Salud. Informe sobre brechas de personal de salud en los Servicios de Salud [Internet]. 2016. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-Público_Marzo2016.pdf

23. Ministerio del Interior. Ley 18.834 de septiembre 1989. Estatuto Administrativo [Internet]. 1989. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30210

24. Ministerio de Salud. Ley 19.664 de febrero de 2000. Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud. [Internet]. 2000. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar/?idNorma=155848&idParte=0

25. Ministerio de Salud. Ley N°15.076 del 8 de enero de 1963. Fija el texto refundido del estatuto para los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bio-químicos y cirujanos dentistas. [Internet]. 15076 Biblioteca del Congreso Nacional; 1963. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=28031

26. Ministerio de Salud. Ley 19.378 del 13 de abril de 1995. Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud. [Internet]. BCN Biblioteca del Congreso Nacional; 1995. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745

27. Ministerio de Salud. Financiamiento de la APS Municipal. Evaluación de indexadores del per cápita basal [Internet]. [cited 2019 Mar 7]. Available from: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/001.Financiamiento-de-la-Atención-Primaria-de-Salud-Municipal-evaluación-de-indexadores-del-per-capita-basal.pdf

28. Ministerio de Salud. Decreto 31 del 8 de febrero de 2018. Determina aporte estatal a municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, por período que señala. [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional; 2018. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1114796

29. Ministerio de Saud. Resolución 84 del 6 de febrero de 2019. Determina aporte estatal a municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, por el periodo que señala. [Internet]. 2019. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1128551

30. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre 1978 [Internet]. 1978. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf

31. World Health Organization. WHO Global Health Promotion Conferences [Internet]. 2018. Available from: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/

32. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF) 2018. Declaration of Astana 2018. Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018 [Internet]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf

33. Goldstein E. El Sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal. Asesoría Técnica Parlamentaria [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 8]. Available from: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26811/2/BCN_Gobernanza_salud_y_demunicip_para_reposit_final.pdf

34. Palacios A. Financiamiento y Gasto en APS en Chile. Congreso de Atención Primaria de Salud, "Construyendo Valor Social", 24 de abril de 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 7]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/05/ALAIN-PALACIOS.pdf

35. Ministerio de Salud. Eje Gestión de recursos financieros en atención primaria [Internet]. 2015 [cited 2019 Mar 7]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/4_GESTION-RECURSOS-FINANCIEROS-APS.pdf

36. Fonasa. Boletín Estadístico 2016-2017. Bases de datos, Informes, Estudios y Documentos. [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 8]. Available from: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos

37. Ministerio de Salud. Atención Primaria de Salud en Chile. Avances y Desafíos (3) [Internet]. Santiago; 2017 [cited 2019 Mar 8]. Available from: https://www.achm.cl/phocadownloadpap/AtencionPrimariaSaludenChileAvancesydesafiosIII.pdf

38. Ministerio de Salud. Marco Referencial. Hospitales de la familia y la comunidad. Serie cuadernos de redes N° 20 [Internet]. Available from: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/20.pdf

39. Servicio de Salud Metropolitano Norte. Atención Primaria [Internet]. Available from: https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php

40. Narbona K, Durán G. Caracterización del Sistema de Salud Chileno: Enfoque Laboral, Sindical e Institucional [Internet]. Proyecto Araucaria. 2009. (Proyecto Araucaria). Available from: http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/2009030310

41. Sistema Nacional de Información Municipal. SUBDERE. Glosario Términos Salud Municipal [Internet]. 2008. Available from: http://www.sinim.gov.cl/archivos/centro_descargas/Glosario Terminos 2008 (Abril).pdf

42. Gobierno de Chile. Cómo funcionarán y dónde estarán los 132 nuevos SAR [Internet]. Available from: https://www.gob.cl/noticias/como-funcionaran-y-donde-estaran-los-132-nuevos-sar/

43. Ministerio de Salud. Modelo de Gestión Centro de Salud Mental Comunitaria [Internet]. 2018. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.03.28_MODELO-DE-GESTION-CENTRO-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA_DIGITAL.pdf

44. Ministerio de Salud. Norma General Técnica 150/2013. Criterios de clasificación según nivel de complejidad de establecimientos hospitalarios [Internet]. Santiago; 2013. Available from: http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2013/08/NT_0150.pdf

45. Ministerio de Salud. Recursos para la Salud [Internet]. 2018. Available from: http://www.deis.cl/estadisticas-recursossalud/

46. Ministerio de Salud. Indicadores Básicos de Salud 2016 [Internet]. 2016. Available from: http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2018/10/IBS-2016_publicar-1.pdf

47. Ministerio del Interior. Constitución Política de la República de Chile [Internet]. Chile; 1925. Available from: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/17659/1/Constitución política de la República de Chile. promulgada el 18 de septiembre de 1925.pdf

48. Comisión Asesora Presidencial. Informe Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Modelo y Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud [Internet]. 2014. Available from: http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/05/INFORME-FINAL_COMISION-PRESIDENCIAL-ISAPRES.pdf

49. Asociación de Isapres. Isapres 1981-2016 [Internet]. Santiago de Chile; 2016. Available from: http://www.isapre.cl/PDF/35isapres_espanol.pdf

50. Asociación de Isapres. El sistema de salud chileno: Orígenes, Transformaciones y Desafíos. Serie de informes técnicos. 2016;45. Available from: http://www.isapre.cl/PDF/Informe Técnico_El Sistema de Salud Chileno.pdf

51. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN. Salud: Síntesis de Resultados [Internet]. Vol. 2017, Encuesta de Caracterizacion Socioeconomica Nacional. 2018. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf

52. IRC knowledge and trust. Informe Industria de la Salud Privada en Chile [Internet]. 2013 [cited 2018 May 31]. Available from: http://www.icrchile.cl/index.php/estudios/2485-informe-industria-de-la-salud-privada-en-chile-agosto-2013-1/file

53. Pontificia Universidad Católica de Valparaiso. Mercado de la Salud Privada en Chile [Internet]. 2012 [cited 2018 May 31]. p. 198. Available from: http://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2012/11/INFORME-PUCV-MERCADO-SALUD.pdf

54. Clínicas de Chile A.G. Dimensionamiento del Sector de Salud Privado en Chile. Actualización a cifras año 2016 [Internet]. Santiago de Chile; 2016. Available from: http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2017/12/DimensionamientoSaludCifras2016.pdf

55. Clínicas de Chile AG. Avances y desafíos del sector privado de la salud [Internet]. Vol. 15, Clínicas de Chile AG. 2009 [cited 2018 May 31]. Available from: http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/11/15.pdf

56. Superintendencia de Salud. Ministerio de Salud de Chile. Estadísticas de prestadores individuales de salud [Internet]. 2018 [cited 2018 May 31]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-16986_recurso_1.pdf

57. Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex. 2011;53(SUPPL. 2).

58. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley de urgencia en salud [Internet]. Available from: https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/ley-de-urgencia-en-salud

59. Fonasa. Ley de Urgencias [Internet]. Available from: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/coberturas/pad/prestaciones/09

60. MORI Market Opinion. Barómetro de la Salud 10 años de Monitoreo [Internet]. Santiago de Chile; 2014. Available from: http://isapre.cl/index.php/el-rol-de-las-isapres/articulo/58-barometro

61. Superintendencia de Salud. Estudio de opinión sobre el Sistema de Salud 2017 [Internet]. Santiago de Chile; 2018. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-17015_recurso_1.pdf

62. Dirección de Presupuesto. Ministerio de Hacienda. Compras de Fonasa a prestadores privados y su impacto en el gasto en salud [Internet]. 2017 [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=101082&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION

63. Ministerio de Salud. Prais [Internet]. [cited 2019 Nov 21]. Available from: http://prais.redsalud.gob.cl/?page_id=36

64. Ministerio del Interior. Ley 19.980 del 9 de noviembre de 2004. Corporación Nacional de Reparación y Reconciliación ; Pensiones de Reparación ; Informa de la Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación ; Víctimas de Violaciones a los Derechos Humanos ; Violencia Política ; Ley n [Internet]. Chile; 2004. Available from: http://bcn.cl/1uyp8

65. Superintendencia de Salud. Prestador de salud - Orientación en Salud. [Internet]. [cited 2019 May 3]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2395.html

66. Servicio Civil. Ministerio de Hacienda. Sistema de Alta Dirección Pública [Internet]. [cited 2019 May 3]. Available from: https://www.serviciocivil.cl/sistema-de-alta-direccion-publica-2/sistema-de-alta-direccion-publica/

67. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Cesfam Áncora [Internet]. [cited 2019 Nov 21]. Available from: https://facultadmedicina.uc.cl/campos-clinicos/campos-clinicos-asociados/cesfam-ancora/

68. Ministerio de Salud. Decreto 30 de 2018. Fija establecimientos rurales de desempeño difícil, período 2018-2022 [Internet]. 2018. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1114795

69. Ministerio de Salud. Decreto 33 de 2017. Fija establecimientos urbanos de desempeño difícil de APS, período 2017-2019 [Internet]. 2017. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1099574

70. Ministerio de Salud. Decreto 38 de 2005. Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red [Internet]. 2005. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=245619

71. Ministerio de Salud. Compra a privados realizadas por FONASA [Internet]. 2016. Available from: https://www.camara.cl/pdf.aspx?prmID=93151&prmTIPO=

# VI. SUBSISTEMAS DE SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS, DE ORDEN Y SEGURIDAD PÚBLICA

*Autores:* ***Macarena Hirmas Adauy, Andrea Olea Normandin, Carla Castillo Laborde, Claudia González Wiedmaier, Oscar Urrejola Ortiz***

Las Fuerzas Armadas (FFAA), de Orden y Seguridad Pública cuentan con subsistemas de salud propios, distintos de los subsistemas descritos en capítulos anteriores (público y privado). En este capítulo se presentan por separado los subsistemas de las FFAA y de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública (que en conjunto representan aproximadamente al 3% de la población chilena), incluyendo su funcionamiento, financiamiento y recursos de los que disponen.

Las FFAA están constituidas por el Ejército (fundado en 1810), la Armada (fundada en 1817) y la Fuerza Aérea (fundada en 1930). Todas estas dependen del Ministerio de Defensa Nacional, y existen para la defensa y seguridad nacional, así como para la mantención del orden público durante los actos electorales y plebiscitarios (1). Su misión es cooperar con el resguardo de la soberanía e integridad territorial, y proteger a la población, instituciones y recursos vitales del país frente a cualquier amenaza o presión externa (2).

Por su parte, las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública comprenden, según la Constitución Política (art. 101), a Carabineros (institución creada en 1927) y la Policía de Investigaciones (PDI) (creada en 1933) (1). Estas instituciones dependen del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, y tienen como misión dar eficacia al derecho, y garantizar el orden y la seguridad pública en el interior del país (1). Gendarmería de Chile, dependiente del Ministerio de Justicia, si bien no está reconocida constitucionalmente como parte de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública, en la práctica cumple labores de orden y seguridad, por lo que está incluida en este subsistema de salud.

## 1. Subsistemas de Salud de las Fuerzas Armadas

### 1.1. Estructura y funcionamiento

La Ley 19.465 de 1996 establece el Sistema de Salud de las FFAA, con la finalidad de posibilitar el acceso efectivo de su personal a las acciones de salud (3). En su artículo 2, la ley determina que, a pesar de ser un sistema en esencia único y uniforme en relación a las prestaciones básicas que asegura a sus beneficiarios, su administración estará a cargo de cada institución de las FFAA, las que recibirán directamente las cotizaciones y otros recursos destinados a salud. Corresponde a los Servicios de Sanidad de cada una de las ramas de las FFAA, la responsabilidad de llevar a cabo acciones orientadas a la promoción, protección y rehabilitación en salud, tanto de los beneficiarios como de sus cargas (3).

En la práctica, esto significa que cada rama de las FFAA tiene su propio sistema de salud y sus respectivos prestadores, de los cuales son beneficiarios principalmente el personal uniformado en servicio activo y sus cargas. Una particularidad de este sistema es que al momento de pasar a retiro, el personal de las FFAA debe optar por permanecer en el sistema de salud propio o trasladarse a la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena) o a otro subsistema (Fonasa o Isapres). Por su parte, Capredena también se hace cargo de las prestaciones de salud para sus propios funcionarios. Si bien, la función principal de esta caja es el pago de pensiones, desahucio y beneficios de asistencia social, dispone de un fondo de medicina curativa para los pensionados y funcionarios de Capredena (4,5) (ver detalle de beneficiarios en cuadro VI.1).

**Cuadro VI.1. Beneficiarios de los sistemas de salud de las FFAA y Capredena**

Son beneficiarios del Sistema de Salud de las FFAA (3):

- El personal de planta de las FFAA.
- El personal de reserva llamado al servicio activo.
- El personal dependiente de las FFAA que en virtud de leyes especiales se encuentre acogido al régimen previsional y de seguridad social que establece la ley N° 18.948.
- Los causantes de asignación familiar del personal señalado en las letras anteriores como aún cuando no perciban dicho beneficio

Además, tendrán derecho a asistencia médica de parte de este sistema:

- Los alumnos de las escuelas institucionales de las FFAA, en tanto mantengan la calidad de tales.
- El contingente del Servicio Militar Obligatorio.
- Personal de las Subsecretarías de Guerra, Marina y Aviación y de otros organismos que en virtud de leyes especiales se encuentren afectos al régimen previsional y de seguridad social establecido en la ley N° 18.948, y a sus causantes de asignación familiar, aun cuando no perciban dicho beneficio: Fábricas y Maestranzas del Ejército (FAMAE), Astilleros y Maestranzas de la Armada (ASMAR), Empresa Nacional Aeronáutica de Chile (ENAER).
- Otros casos especificados en la Ley N° 19.465.

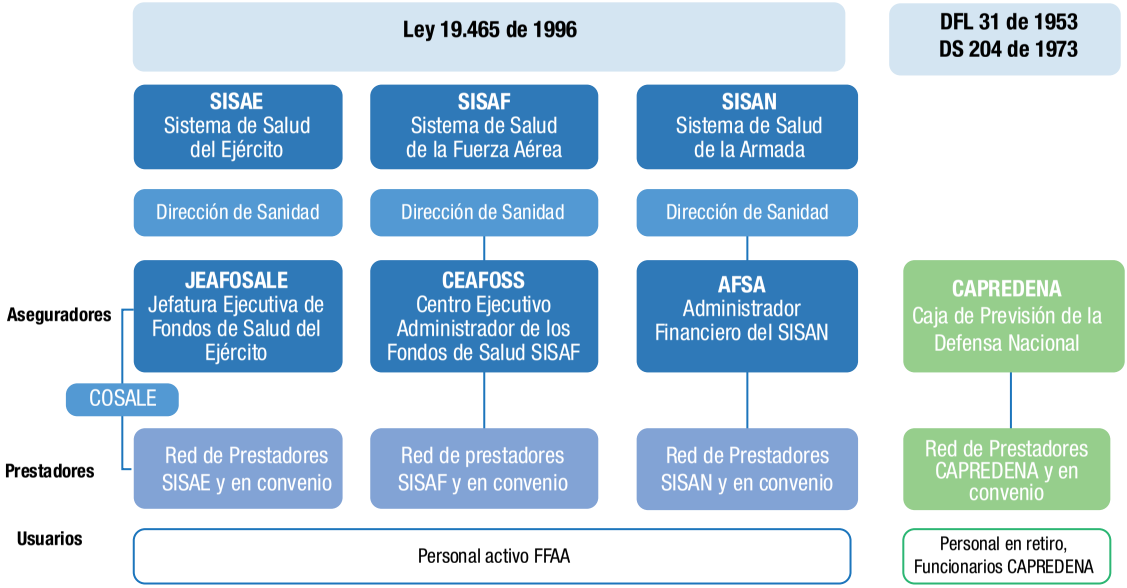
Son beneficiarios de Capredena (6):

- Los pensionados de retiro y montepío que se encuentren cotizando en el Fondo de Salud en conformidad a la ley Nº 12.856.
- Los funcionarios de la Capredena afectos al régimen previsional de la misma.
- Las cargas familiares legalmente reconocidas de las personas señaladas en los puntos anteriores.
- Los padres que vivan a expensas de pensionados de retiro y montepío o de los funcionarios de Capredena.

Como ya se mencionara, y de acuerdo a la Ley N° 19.465, cada una de las instituciones de las FFAA cuenta con un sistema de salud específico: el Sistema de Salud del Ejército (SISAE), el Sistema de Salud de la Fuerza Aérea (SISAF) y el Sistema de Salud de la Armada (SISAN). La figura VI.1 muestra la organización de los distintos sistemas de salud de las FFAA, de acuerdo al cumplimiento de la función aseguradora, prestadora y de los usuarios que pueden acceder a cada sistema.

La función rectora para cada sistema está a cargo de la Dirección o División de Sanidad de cada institución, mientras la función aseguradora recae en entidades especialmente establecidas para estos fines (figura VI.1): la Jefatura Ejecutiva de Fondos de Salud del Ejército (JEAFOSALE), el Centro Ejecutivo Administrador de los Fondos de Salud del Sistema de Salud de la Fuerza Aérea (CEAFOSS), y por último, el Administrador Financiero del Sistema de Salud de la Armada (AFSA) (7–9). El Ejército, cuenta además con el Comando de Salud del Ejército (COSALE), que cumple un rol intermediario entre la función aseguradora ejecutada por el JEAFOSALE y los prestadores (9). Finalmente, la función prestadora es realizada por los establecimientos de salud institucionales (cuadro VI.2), complementado por otros prestadores públicos o privados en convenio. Además, los recintos hospitalarios de la Fuerza Aérea, la Armada y el Ejército pueden firmar convenios con Fonasa para aprovechar la disponibilidad de camas de las FFAA, con el objetivo de disminuir listas de espera del sector público de salud para las regiones Metropolitana y de Valparaíso (10).

**Figura VI.1. Sistemas de salud de las FFAA para personal en servicio activo, en retiro y funcionarios Capredena**




Fuente: Elaboración Propia

**Cuadro VI.2. Establecimientos de salud de las FFAA**

| Ejército de Chile: | Armada de Chile: |
|---|---|
| • Hospital Militar de Santiago del General Luis Felipe Brieba Arán<br>• Hospital Militar del Norte<br>• Comando de Salud del Ejército de Chile (COSALE):<br>12 centros médicos<br>5 subcentros (dependientes de otros centros)<br>2 centros odontológicos<br>Central Odontológica del Ejército (COE)<br>Centro de Rehabilitación Infantil (CRIE) | • Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar<br>• Hospital Naval Almirante Adriazola de Talcahuano<br>• Hospital de las Fuerzas Armadas "Cirujano Cornelio Guzmán", Punta Arenas<br>• Hospital Naval de Puerto Williams<br>• 3 Centrales Odontológicas de la Armada<br>• 8 policlínicos médico-dentales de la Armada<br>• Central de Atención Primaria de Salud de la Armada, CAPSA (9 centros, incluyendo 3 hospitales que tienen también función de atención primaria) |
| **Fuerza Aérea de Chile:** | **Capredena:** |
| • Hospital de la Fuerza Aérea Gral. Dr. Raúl Yazigi J.<br>• 1 Centro Médico (Antofagasta)<br>• 4 Consultorios<br>• 2 Policlínicos | 4 Centros médicos dentales de alta complejidad (Santiago, La Florida, Valparaíso, Limache) |

Fuente: Elaboración propia en base a COSALE (11), Sanidad Naval (12), Capredena (13), solicitud Transparencia FACH (abril 2019).

En el año 2016 se produjeron 41.299 egresos hospitalarios de los hospitales institucionales, lo que representa el 2,5% del total de egresos en el país durante ese año; el 44,4% correspondió a egresos de hospitales de la Armada, un 35,1% a hospitales del Ejército y el 20,5% al Hospital de la Fuerza Aérea. Un 8% y un 6% de estos egresos correspondió a beneficiarios de Fonasa e Isapres, respectivamente (Tabla VI.1)(14).

**Tabla VI.1 Egresos hospitalarios de establecimientos de las FFAA, según previsión, Chile 2016**

| | Previsión | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Establecimiento | Fonasa | Isapre | Dipreca | Capredena | Sin previsión | Otros* | Total |
| Hospital Militar del Norte | 944 | 630 | 264 | 27 | 50 | 680 | 2.595 |
| Hospital Militar de Santiago | 942 | 728 | 155 | 1.326 | 173 | 8.563 | 11.887 |
| Hospital Naval Almirante Nef | 201 | 407 | 665 | 1.001 | 172 | 10.281 | 12.727 |
| Hospital Naval Almirante Adriazola | 66 | 31 | 443 | 265 | 14 | 4.749 | 5.568 |
| Hospital Naval de Puerto Williams | 54 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 62 |
| Hospital Fuerza Aérea Gral. Dr. Raúl Yazigi | 928 | 531 | 15 | 6.560 | 33 | 393 | 8.460 |
| Total | 3.135 | 2.327 | 1.542 | 9.179 | 443 | 24.673 | 41.299 |

Fuente: Elaboración propia en base a información Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de Chile (14).

* La base de datos de egresos hospitalarios registra en la categoría "otros" la previsión de las FFAA, distinta de Capredena, no especificando a qué rama pertenecen.

Las prestaciones de salud que entregan estos subsistemas corresponden a: atención médica, exámenes y procedimientos de carácter diagnóstico, quirúrgico y terapéutico; hospitalización y medicamentos asociados; atención obstétrica; atención odontológica; rehabilitación (incluidas prótesis, órtesis y otros elementos necesarios como lentes y audífonos); atención de urgencia y medicamentos asociados, actividades de medicina preventiva, promoción, protección de la salud y otras actividades contempladas en programas y planes de la respectiva institución (3).

Los beneficiarios corresponden al personal activo de cada institución y sus cargas. Los subsistemas de salud de las FFAA aseguran a sus beneficiarios todas las prestaciones codificadas por el Fonasa, debiendo asimilarse a su forma de operar, con sus beneficios y exclusiones (3).

Cabe hacer notar que las FFAA no están consideradas en el Regimen de Garantías Explícitas de Salud (GES).

Las personas que no son beneficiarias del sistema de salud de las FFAA pueden atenderse en los establecimientos de éstas pagando el valor correspondiente a la prestación que reciba. Por otra parte, también podrán hacerlo extranjeros que, a través de acuerdos internacionales, cuenten con autorización para acceder a prestaciones de salud en estos establecimientos (3).

## 1.2. Financiamiento

El sistema de salud de las FFAA se financia a través de aportes del personal activo y pasivo y con participación del Estado. Existen dos fondos: uno para el financiamiento de las actividades de medicina curativa y otro para las de medicina preventiva.

Para el Fondo de Medicina Curativa (3), los trabajadores activos cotizan un 5,5% de sus remuneraciones imponibles y el empleador aporta al sistema de salud propio un 1,5% de las remuneraciones imponibles, completando un 7% de cotización. Para financiar los gastos de las prestaciones y programas de medicina preventiva, el empleador aporta un 1% de las remuneraciones imponibles (3) (cuadro VI.3).

**Cuadro VI.3. Financiamiento de salud de las FFAA**

| Fondo | | Personal Activo | Personal pasivo |
|---|---|---|---|
| Salud FFAA | Medicina Curativa | • 5,5% de las remuneraciones imponibles (cargo del trabajador)<br>• 1,5% de las remuneraciones imponibles (cargo del empleador) | • 6% de las pensiones de retiro y montepío pagadas por Capredena<br>• 1% aporte fiscal de las pensiones de retiro y montepío |
| | Medicina Preventiva | • 1% de las remuneraciones imponibles (de cargo del empleador) | No aporta a este fondo |
| Salud Capredena | Medicina Curativa | • 5,5% de las remuneraciones imponibles (de cargo del trabajador para personal que no sea FFAA)<br>• 1,5% de las remuneraciones imponibles (de cargo del empleador para personal que no sea de las FFAA)<br>• Aporte Capredena según presupuesto | • 6% de las pensiones de retiro y montepío pagadas por Capredena<br>• 1% aporte fiscal de las pensiones de retiro y montepío |
| | Medicina Preventiva | No aplica | No aplica |

Fuente: Elaboración propia en base a Benavides y Jones 2012 (15).

Al momento de que el personal pasa a retiro, estos deben optar por permanecer en el sistema de salud propio o cambiarse a Capredena; en ambos casos, el aporte a salud curativa corresponde a un 6% de sus pensiones, al cual se le agrega un aporte estatal de un 1% del monto de la pensión, completando un 7% de cotización. No se considera cobertura para salud preventiva al personal de planta pasivo (15).

Respecto a la cobertura financiera de las prestaciones de medicina curativa, esta es de 100% para el personal en servicio activo y de un 50% para sus cargas familiares. Además, cada

institución ha dispuesto un seguro complementario de salud (llamados fondos solidarios), de adhesión voluntaria con el objeto de disminuir el copago (3).

El personal que no sea FFAA[1] (ver cuadro VI.1), debe encontrarse afiliado a Capredena, aportando un 5,5% de sus remuneración imponible de cargo del empleado, más un 1,5% de sus remuneraciones imponibles de cargo del empleador respectivo. Estos fondos son exclusivamente para salud curativa.

Cada una de las Instituciones de las FFAA recaudan separadamente los recursos de las diversas fuentes y los depositan en cuentas bancarias que se licitan públicamente llamadas "Fondo de Medicina Curativa" y "Fondo de Medicina Preventiva", según corresponda. Los fondos son administrados por los respectivos Comandantes en Jefe o la autoridad a la cual se delegue esta función (3).

## 2. Subsistema de Salud de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública

### 2.1. Estructura y funcionamiento

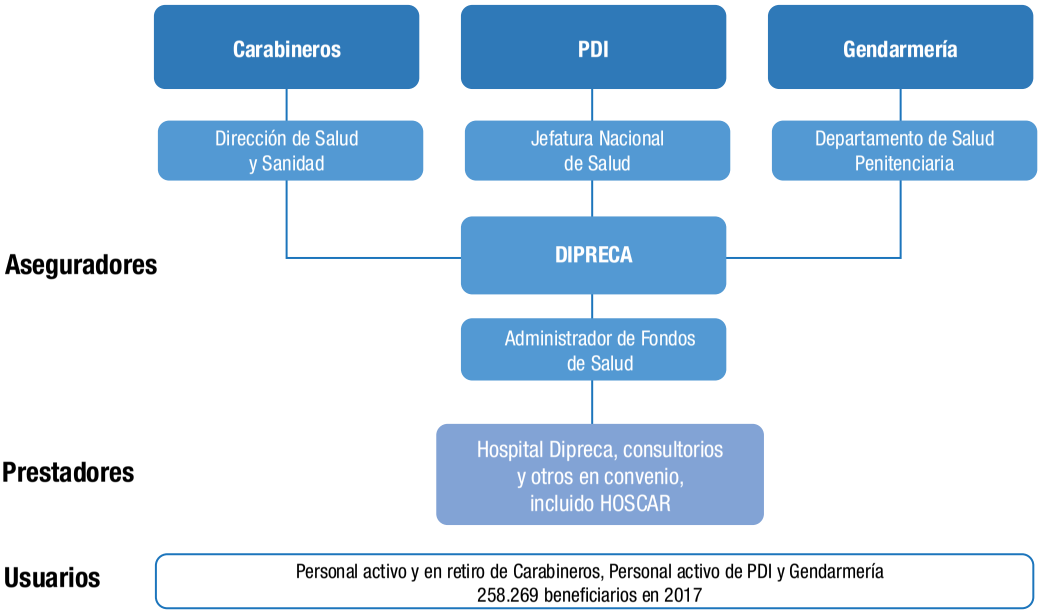
A diferencia de las FFAA, las Fuerzas de Orden y Seguridad cuentan con un solo subsistema de salud al que adscribe Carabineros, Gendarmería y la PDI. Este sistema surge en 1927 con la creación de la Caja de Previsión de Carabineros de Chile, actual Dirección de Previsión de Carabineros (Dipreca).

Se trata de un "*organismo funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relacionará con el Presidente de la República a través del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, por intermedio de la Subsecretaría del Interior*" (16) (artículo 78, inciso segundo). En el aspecto presupuestario, Dipreca se encuentra inserto en el Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Este organismo administra tanto el sistema de previsión social, como el de salud de las tres instituciones (17). Es responsable de brindar a los beneficiarios y sus cargas, asistencia médica curativa, preventiva y administrar los fondos para ello (18,19) (figura VI.2).

1 Se define como personal "No de las FFAA", *"aquel adscrito a empresas como Asmar, Famae, Enaer, profesores civiles, afectos al DFL Nº 1; a los del Código del Trabajo, que se desempeñan tanto en las Fuerzas Armadas como en otro tipo de instituciones, como Capredena; médicos contratados vía Código del Trabajo, en virtud de lo que establece la ley N° 18.476, y otros sujetos al DFL N° 1, que tampoco están afectos a ningún tipo de tope imponible"*, según consta en el Informe de las Comisiones Especiales Investigadoras Unidas encargadas de analizar las eventuales irregularidades en el otorgamiento de pensiones en Capredena y Dipreca y las pensiones pagadas a funcionarios de Gendarmería (35).

**Figura VI.2. Sistemas de salud de Carabineros, Policía de Investigaciones y Gendarmería**




Fuente: elaboración propia en base a Ley Nº 18.458 (20), DL 1.487 (21), Ley Nº 19.195 (22), Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (23).

La población beneficiaria corresponde a funcionarios activos y pasivos de Carabineros, PDI, Gendarmería, Mutualidad de Carabineros, personal de Dipreca y sus respectivas cargas familiares, llegando en 2017 a 258.269 personas (23). También pueden acceder a atención en la red de salud aquellas personas no beneficiarias cuya institución de salud previsional se encuentre en convenio (24).

La red de atención de salud está conformada por establecimientos de atención cerrada y abierta propios y otros en convenio. La red propia se compone del Hospital de Dipreca y de centros médicos y dentales. Adicionalmente, se cuenta con más de 800 prestadores en convenio (25), entre los que se encuentra el Hospital de Carabineros (Hoscar) que pertenece a Carabineros de Chile. Los beneficiarios sólo pueden acceder a la atención en el extra sistema cuando, por alguna razón, en los servicios institucionales no se puede otorgar la prestación (26–28).

Durante 2016 se produjeron 22.753 egresos entre el hospital de Dipreca y el de Carabineros, lo que representa un 1,4% del total de egresos del país (tabla VI.2). Otros 7.315 egresos de beneficiarios de Dipreca se realizaron en otros centros asistenciales, públicos y privados (14).

**Tabla VI.2. Egresos hospitalarios de Hospital Dipreca y de Carabineros, según previsión, Chile 2016**

| | Previsión | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Establecimiento | Fonasa | Isapre | Dipreca | Capredena | Sin previsión | Otros* | Total |
| Hospital Dipreca | 1 | 19 | 10.512 | 4 | 138 | 32 | 10.706 |
| Hospital de Carabineros | 228 | 122 | 11.672 | 1 | 24 | - | 12.047 |
| Total | 229 | 141 | 22.184 | 5 | 162 | 32 | 22.753 |

Fuente: Elaboración propia en base a información del Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de Chile (14).

Este subsistema entrega prestaciones tanto de medicina curativa como preventiva, que corresponden a hospitalizaciones, consultas, diagnóstico, tratamientos y medicamentos, exámenes de medicina preventiva y pago de subsidio por reposo preventivo. Además, existen prestaciones odontológicas otorgadas mediante el Servicio Dental de Dipreca que cuenta con clínicas dentales en Santiago, Antofagasta y Concepción (25,29), cuyas atenciones son de cargo de los imponentes (30).



Al igual que el personal de las FFAA, los beneficiarios de estas instituciones no tienen derecho a las Garantías Explícitas en Salud (GES).

## 2.2. Financiamiento

El financiamiento se realiza a través de aportes de personal activo y pasivo, y cuenta también con participación estatal. Existen dos fondos: uno para el financiamiento de las actividades de medicina curativa y otro para las de medicina preventiva.

El financiamiento del Fondo de Medicina Curativa de Dipreca proviene del 2,55% del sueldo imponible, pensiones o montepíos de cargo del trabajador (determinado en el Artículo 2 del D.S. 509, 1989). No existe aporte fiscal para este fondo (15).

El financiamiento del Fondo de Medicina Preventiva (31) se compone de 2,5% del sueldo imponible de cargo de Dipreca (artículo 85b DS 1.082) (32) para pago de gastos administrativos y médicos de los imponentes en servicio activo, y un 1,5% de las remuneraciones imponibles aportado por el Estado, que sirve para pagar los subsidios de reposo preventivo y maternal.

Los excedentes del subsidio de reposo preventivo de Dipreca deben ser remitidos al Hospital Dipreca, de acuerdo al Decreto Ley N° 1.812 de 1977 (33).

Además, el personal activo debe aportar un 1% del sueldo imponible para el hospital Dipreca, porcentaje que sube al 2% en el caso de las pensiones y montepíos. En el caso de Carabineros, el personal activo debe entregar también el 1,5% para el Hospital de Carabineros (15).

**Cuadro VI.4. Financiamiento Salud Dipreca**

| **Fondo** | | Personal Activo | Personal pasivo |
|---|---|---|---|
| **Salud** | Fondo Medicina Curativa | • 2,55% de las remuneraciones imponibles | • 2,55% de las pensiones de retiro y montepío |
| | Fondo Medicina Preventiva | • 2,5% aportado por Dipreca<br>• 1,5% aporte fiscal | • No aporta a este fondo |
| **Hospital Dipreca** | | • 1% remuneraciones imponibles | • 2% de las pensiones de retiro y montepío |
| **Hospital de Carabineros** | | • 1,5% remuneraciones imponibles (solo Carabineros) | • No aporta a este fondo |

Fuente: Sistema de Pensiones y otros beneficios pecuniarios de las FFAA y de Orden y Seguridad Pública y Gendarmería de Chile (15).

Respecto a la cobertura del pago de las prestaciones de salud, en ningún caso podrán ser inferiores a un 50% para hospitalizaciones, exámenes y tratamientos especiales, honorarios médicos y medicamentos. En caso de atenciones en el extra sistema debidamente autorizadas,

Dipreca pagará el total de la prestación, y el copago respectivo le será descontado directamente del sueldo del personal activo o pensión de retiro o montepío del personal pasivo en un plazo de hasta 8 meses (30). El valor de las prestaciones es establecido por la Dirección General de acuerdo a las directrices de las direcciones de los establecimientos asistenciales y pueden estar sujetos a copago o gasto de bolsillo (19).

Para mejorar las coberturas de salud, existe un seguro complementario optativo desde el año 1992 llamado Seguro Colectivo Complementario de Salud (SECOSA). Este seguro, a cargo del imponente, cubre lo que Dipreca no bonifica y pueden acceder funcionarios activos, pasivos y sus cargas familiares. Las prestaciones tienen diferentes porcentajes de cobertura de acuerdo a su naturaleza (24,34).

***En síntesis, las FFAA y de Orden y Seguridad cuentan con subsistemas de salud propios, que incluyen sistemas de financiamiento, aseguradores y prestadores distintos a los subsistemas público y privado. Sus beneficiarios representan el 3% de la población del país. Establecen convenios, tanto para la atención de sus beneficiarios, como para atender en sus instituciones a beneficiarios de otros sectores.***

## Bibliografía


1. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Constitución Política de la República de Chile [Internet]. Chile: Ministerio Secretaría General de la Presidencia; 1980. Available from: http://bcn.cl/1uva9

2. Ministerio de Defensa Nacional. Libro de la Defensa Nacional 6a Parte: Recursos financieros y aplicados a la defensa [Internet]. Libro de la Defensa Nacional de Chile 2010. Santiago; 2010. Available from: https://www.ssffaa.cl/pdf_documentacion/libro_defensa/2010/2010_libro_de_la_defensa_6_Parte_Recursos_Financieros_y_Aplicados_de_la_defensa.pdf

3. Ministerio de Defensa Nacional. Ley Nº 19.465 del 2 de agosto de 1996. Establece Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas [Internet]. Chile: Bibliteca del Congreso Nacional; 1996. Available from: http://bcn.cl/1v4vb

4. Ministerio de Defensa Nacional. Decreto con Fuerza de Ley 31. Fija Ley Orgánica por la que regirá la Caja de Previsión de la Defensa Nacional [Internet]. 1953. Available from: http://bcn.cl/1zlpa

5. Capredena. Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena) [Internet]. 2019. Available from: http://www.capredena.gob.cl/

6. Ministerio de Defensa Nacional. Decreto Supremo N° 204 de 1973. Aprueba Reglamento de Medicina Curativa de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional [Internet]. 1973 [cited 2019 Feb 28]. Available from: http://bcn.cl/229w9

7. Fuerza Aérea de Chile. Centro Ejecutivo Administrador de Fondos de Salud (SISAF) del Comando de Personal de la Fuerza Aérea de Chile [Internet]. 2019. Available from: http://www.ceafos.cl/

8. Ortiz LM. El sistema de salud naval. Rev Mar [Internet]. 2016;5:6–15. Available from: https://revistamarina.cl/revistas/2016/5/lmoraleso.pdf

9. Ejercito de Chile. Jefatura Ejecutiva de Administración de Fondos de Salud del Ejército de Chile (JEAFOSALE) [Internet]. 2019. Available from: https://www.jeafosale.cl/

10. Fonasa-Capredena. Resolución Exenta 2713 de julio 2016. Aprueba Convenio de Atenciones de Salud Interservicios públicos Fonasa-Capredena [Internet]. Santiago de Chile; 2016. Available from: http://www.capredena.gob.cl/transparencia/normativa/2016/RE20162713.pdf

11. Comando de Salud del Ejército (COSALE). COSALE | Instalaciones [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 12]. Available from: http://www.cosale.cl/instalaciones/

12. Dirección de Sanidad de la Armada de Chile. Sanidad Naval | Armada de Chile [Internet]. 2018 [cited 2019 Mar 12]. Available from: https://www.sanidadnaval.cl/

13. Caja de Previsión de la Defensa Nacional. Centros de Salud y Rehabilitación [Internet]. [cited 2019 Mar 12]. Available from: http://www.capredena.gob.cl/centros-de-salud

14. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de Chile, Ministerio de Salud. Bases de datos Egresos Hospitalarios [Internet]. [cited 2019 Jan 18]. Available from: http://www.deis.cl/bases-de-datos-egresos-hospitalarios/#

15. Benavides P, Jones I. Sistema de Pensiones y otros Beneficios Pecuniarios de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad Pública y Gendarmería de Chile: Situación actual y proyecciones fiscales 2012-2050. Serie "Estudios de Finanzas Públicas" [Internet]. Hermann von Gersdorff T. Subdirector de Racionalización y Función Pública de la Dirección de, Presupuesto, editors. Santiago, Chile; 2012. Available from: http://www.dipres.gob.cl/598/articles-98744_doc_pdf.pdf

16. Ministerio del Interior. Ley 20.502 del 21 de febrero de 2011. Crea el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol, y modifica diversos cuerpos legales. [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional; 2011. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20502

17. Dirección de Previsión de Carabineros de Chile (DIPRECA). Historia de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. [Internet]. 2016. Available from: https://www.dipreca.cl/web/guest/historia

18. Ministerio del Trabajo y Previsión Social y Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. Balance de gestión integral [Internet]. 2016. Available from: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-158585_doc_pdf.pdf

19. Ministerio de Defensa Nacional. Ley 18.961 del 7 de marzo de 1990. Ley Orgánica Constitucional de Carabineros [Internet]. Chile: Ministerio de Defensa Nacional; 1990. Available from: http://bcn.cl/1uv13

20. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ley N° 18.458 del 11 de noviembre de 1985. Establece régimen previsional del personal de la defensa nacional. [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional; 1985. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29862

21. Ministerio de Defensa Nacional. DL 1.487 de 1976. Determina funciones y establece plata permanente de empleados civiles de la Subsecretaría de Investigaciones [Internet]. 1976. Available from: http://www.ssi.gob.cl/transparencia_activa/DL1487actualizado.pdf

22. Ministerio de Justicia. Ley 19.195 de 1993. Adscribe al personal que indica de gendarmeria de chile al régimen previsional de la dirección de previsión de carabineros de Chile [Internet]. 1993. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30562

23. Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. Anuario Estadístico 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 12]. Available from: https://www.dipreca.cl/documents/20182/0/anuario+2017+%283%29.pdf/a3ddfe3b-e374-4b46-87f9-7d2700531443

24. Narbona K, Durán G. Caracterización del Sistema de Salud Chileno Enfoque Laboral , Sindical e Institucional. [Internet]. Proyecto Araucaria. 2008. (Proyecto Araucaria). Available from: http://www.proyectoaraucaria.cl/documentos/20090303100520caracterizacion_del_sistema_de_salud_chileno.pdf

25. Dirección de Prevención de Carabineros de Chile. Anuario Estadístico 2017 [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 8]. Available from: https://www.dipreca.cl/documents/20182/0/anuario+2017+%283%29.pdf/a3ddfe3b-e374-4b46-87f9-7d2700531443

26. Dipreca. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Dipreca - Salud - Convenios [Internet]. [cited 2019 Jul 12]. Available from: https://www.dipreca.cl/salud

27. Dipreca. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Política de derivación extrasistema. Región Metropolitana. [Internet]. Santaigo; 2017 [cited 2019 Jul 12]. Available from: https://www.dipreca.cl/documents/20182/21209/Politica+de+derivacion/4f612cb5-27d9-486f-a347-73e1e0a11a7f

28. Dipreca. Conozca cómo funciona el Sistema de Salud de Dipreca. Más Cerca La Rev Dipreca [Internet]. 2016 [cited 2019 Jul 12];(12):12. Available from: https://www.dipreca.cl/documents/20182/26390/edicion_12.pdf/7a343925-df0a-4457-918e-8503a6553944

29. Dirección de Previsión de Carabineros de Chile. Información relativa a Salud que Dipreca entrega a sus beneficiarios/as [Internet]. [cited 2019 Jan 9]. Available from: https://www.dipreca.cl/web/guest/salud

30. Ministerio de Defensa Nacional. Decreto 509 de 1990. Aprueba Reglamento de Medicina Curativa para la Dirrección de Previsión de Carabineros de Chile. [Internet]. Chile: Ministerio de Defensa, Subsecretaría de Carabineros; 1990. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=13859&idParte=0

31. Ministerio de Salubridad Previsión y Asistencia Social. Ley 6.174. Establece Servicio de Medicina Preventiva [Internet]. Chile; 1938. Available from: http://bcn.cl/1uz31

32. Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Decreto 1.082 del 3 de mayo de 1956. Aprueba el Reglamento Orgánico para la Aplicación de la Ley 6.174 de 1938 [Internet]. BCN Biblioteca del Congreso Nacional; 1956. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=16761

33. Ministerio de Defensa Nacional. DL 1.812 de 1977.Crea el "Fondo Hospital del Imponenete de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile". [Internet]. webpage. 1977 [cited 2019 Jan 14]. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6746

34. Carabineros de Chile. Seguro Colectivo Complementario de Salud (SECOSA) [Internet]. Web Page. Santiago, Chile; 2018. Available from: http://www.revistacarabineros.cl/assets/f50_secosa.pdf

35. Cámara de Diputados. Congreso Nacional. Chile. Informe de las Comisiones Especiales Investigadoras Unidas encargadas de analizar las eventuales irregularidades en el otorgamiento de pensiones en Capredena y Dipreca y las pensiones pagadas a funcionarios de Gendarmería [Internet]. 2017 [cited 2019 Mar 27]. Available from: https://www.camara.cl/trabajamos/comision_informesComision.aspx?prmID=1361

# VII. SUBSISTEMA DE SALUD OCUPACIONAL

*Autores:* ***Marco Soto Santiago, Claudia González Wiedmaier***

Los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales causan alrededor de 2,3 millones de muertes anuales en el mundo. El año 2010, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estimó que ocurrieron alrededor de 313 millones de accidentes de trabajo no fatales (1). Estimaciones realizadas con organismos internacionales (OMS, Banco Mundial y OIT) señalan que cerca de un 3% de las pérdidas en años de vida se pueden atribuir al factor "trabajo", y que las pérdidas económicas por enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo representarían alrededor del 4% del PIB mundial. Estas estimaciones, no incluyen los costos indirectos que se generan a través de la contratación de reemplazos, gastos administrativos, impacto en el bienestar de las familias, entre otros. Por ello, los países cuentan con sistemas de regímenes de protección social por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, mayoritariamente en la modalidad de seguro social, con desarrollo de marcos legislativos propios (2).

En Chile, los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales están bajo la cobertura definida por la ley N°16.744 (3). Esta ley establece un seguro social obligatorio para estas situaciones y tiene como objetivos prevenir los accidentes y enfermedades profesionales, otorgar atención médica cuando estos ocurren, rehabilitar al trabajador para que recupere su capacidad laboral y, finalmente, otorgar prestaciones económicas para suplir la pérdida de ganancia del trabajador.

La ley Nº 16.744 fue promulgada en 1968 y sigue vigente hasta hoy. Forma parte de varias acciones, leyes y normas que le han dado forma a la seguridad social en Chile, las cuales han sido motivadas, en gran medida, por los movimientos sociales, huelgas y grandes accidentes laborales que han ocurrido en nuestra historia, además, de la decisión de algunos empresarios visionarios para instaurar un clima de seguridad laboral y una mejor producción económica (ver hitos de la salud laboral en Chile en cuadro VII.1). Sin ir más lejos, el accidente de la mina San José, ocurrido en el año 2010, en el cual quedaron atrapados 33 mineros, motivó que Chile ratificara el Convenio N°187, de la OIT (4,5), que busca el desarrollo y la promoción de una cultura de prevención de riesgos en los lugares de trabajo; su ratificación incluía la obligación de generar una política nacional de seguridad y salud en el trabajo, lo que se materializó el año 2017 (6).

Estos cambios han permitido bajar la tasa de accidentabilidad laboral desde un 35% en 1969 (7), hasta un 3,7% en el año 2016 (8), lo que muestra el avance del país en materia de seguridad y salud en el trabajo. Pese a lo anterior, aún subsisten problemas y desafíos, tales como la insuficiente cobertura para los trabajadores independientes, la precarización del empleo para

los inmigrantes, la automatización de los puestos de trabajo, los accidentes laborales fatales, la insuficiente cobertura para las enfermedades que se agravan con el trabajo, y la inclusión de personas en situación de discapacidad en ambientes laborales, entre otros (7,9).

Este capítulo presenta los aspectos más relevantes del seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales que opera en nuestro país, incluyendo cómo se financia, cuáles son las entidades a cargo de implementarlo, quién supervisa a estas entidades, cuáles son los problemas que cubre y qué prestaciones entrega.

**Cuadro VII.1. Hitos en la salud laboral en Chile**

| | | |
|---|---|---|
| 1914 | Ley N° 2.951 | Llamada "ley de la silla", obligaba a los propietarios de establecimientos comerciales a tener sillas para sus trabajadores. Además, señalaba que los empleados tenían derecho a un descanso de una hora y media para almorzar (10). |
| 1916 | Ley N° 3.170 | Fue la primera ley de accidentes del trabajo, y tuvo como objetivos principales entregar indemnizaciones y prestaciones médicas frente a un accidente del trabajo (11,12). |
| 1917 | Ley N° 3.186 | Establecía que toda fábrica, taller o establecimiento industrial donde trabajaran 50 o más mujeres mayores de 18 años, debía disponer de una sala para los hijos de las trabajadoras hasta el año de edad. Asimismo, establecía el derecho de las madres a disponer de 1 hora al día para amamantamiento, sin que ese tiempo pudiera ser descontado de su salario (13). |
| | Ley Nº 3.321 | Obligaba a los empleadores a dar un día de descanso a la semana, señalando que ese día sería el domingo (14). |
| 1924 | Ley N° 4.054 | Declaraba obligatorio el seguro de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo. Esta ley, además de incluir a las enfermedades profesionales, amplió la definición de accidentes del trabajo. Además, permitió la creación de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio y la Caja de Previsión de Empleados Particulares a las que posteriormente se agregaron muchas otras cajas. Las cajas se financiaban a través de un aporte tripartito (trabajador, empleador y estado) y se encargaban de entregar los beneficios de asistencia médica, subsidio y pensión de invalidez a sus trabajadores afiliados (15). |
| 1952 | Ley N° 10.383 | La Caja del Seguro Obrero Obligatorio es reemplazada por el Servicio de Seguro Social (SSC), creándose, al mismo tiempo, el Servicio Nacional de Salud (SNS). Con este cambio, las prestaciones médicas y la prevención de riesgos laborales en los accidentes del trabajo o enfermedades profesionales pasan a estar a cargo del recién formado SNS, mientras que el pago de los beneficios económicos, tales como los subsidios, pensiones u otros se delegan en el SSC (16). |

| | | |
|---|---|---|
| 1957-66 | | La Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua (ASIVA) crea el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), el cual se constituye en la primera mutualidad de empleadores de Chile.<br><br>Los empresarios, agrupados en la Sociedad de Fomento Fabril (Sofofa) y en la Asociación de Industriales Metalúrgicos y Metalmecánicos (Asimet), crean la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS). En el año 1966, la Cámara Chilena de la Construcción crea la Mutual de Seguridad. Estas mutualidades fueron creadas como iniciativas privadas, sin fines de lucro, y la afiliación a ellas era voluntaria por parte del empleador, constituyendo un seguro paralelo al SSC (17). |
| 1968 | Ley N° 16.744 | Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, profundizando el carácter de seguro social basado en los principios de integralidad, universalidad y solidaridad. Elimina el financiamiento tripartito (trabajador, empleador y estado) y lo deja a cargo del empleador con el objeto de asumir el riesgo de la accidentabilidad e higiene laboral, además de incorporar a las mutuales de empleadores (IST, ACHS, Mutual de Seguridad) como administradores del seguro, pudiendo cualquier empleador afiliarse a una de ellas (3). |
| 2006 | Ley N° 20.123 | Regula el trabajo en régimen de subcontratación y el funcionamiento de las empresas de servicios transitorios y sus contratos de trabajo, estableciendo, además, normas en materia de seguridad y salud en el trabajo (18). |
| 2008 | Ley N° 20.255 | Crea el Instituto de Seguridad Laboral (ISL).<br><br>Establece la incorporación gradual de los trabajadores independientes como cotizantes (19). |
| 2011 | Convenio N° 187 | Chile ratifica el convenio de la OIT sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, mediante el cual se compromete a promover de manera continua la seguridad y salud en el trabajo (4). |
| 2016 | Decreto N° 47 | Establece una política nacional de seguridad y salud en el trabajo, con enfoque en la prevención de riesgos laborales. Con esta política Chile da cumplimiento al convenio N°187 de la OIT (6). |

Fuente: Elaboración propia.

## 1. Financiamiento y estructura

Actualmente el seguro es financiado completamente por el empleador en el caso de trabajadores dependientes, y por el trabajador, en el caso de los trabajadores independientes. El empleador, o trabajador independiente, debe realizar una cotización equivalente al 0,93% de la remuneración o renta imponible de los trabajadores. Además, de acuerdo a la actividad y al riesgo de cada entidad empleadora, se puede agregar una tasa adicional de hasta 3,4% de la remuneración o renta imponible del trabajador (3) (ver figura VII.1).

Las entidades que administran el seguro de la ley Nº16.744, es decir, aquellas encargadas de realizar las actividades de prevención, tratamiento, rehabilitación y entrega de prestaciones económicas, son las Mutuales de Empleadores, los Administradores Delegados del Seguro, y el ISL, que se describen a continuación

- Las Mutuales de Empleadores: corresponden a entidades privadas, sin fines de lucro, a las cuales cualquier empleador puede adherirse libremente para obtener los beneficios del seguro. Existen 3 mutuales en Chile: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS), la Mutual de Seguridad y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST). Según las estadísticas de la Superintendencia de Seguridad Social, en el año 2017 el 86% de los trabajadores cubiertos por el seguro se encontraban adheridos a estas instituciones (8).

- Administradores Delegados del Seguro: corresponden a empresas que cumplen con las condiciones necesarias para que se les confiera la calidad de administradores del seguro respecto de sus propios trabajadores. En este caso, la empresa cumple un rol como empleador y como administrador del seguro, debiendo entregar las prestaciones preventivas, médicas y económicas que establece la ley N°16.744 (3) a sus trabajadores. Corresponde a la Superintendencia de Seguridad Social determinar si concede la administración del seguro a las empresas que deseen postular a esta categoría. Actualmente, las empresas que tienen esta condición son Codelco (división Codelco Norte, división Andina, división Chuquicamata y división El Teniente) y la Pontificia Universidad Católica de Chile (20).

- El Instituto de Seguridad Laboral (ISL): corresponde a la entidad pública que administra el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, la cual es la continuadora legal del Instituto de Normalización Previsional (INP) y se crea a partir de la reforma previsional del año 2008 (19). Los empleadores pueden optar libremente por adherir a sus trabajadores a esta institución o a las mutuales de empleadores. En el caso de que algún empleador no se inscriba en alguna mutual, quedará inscrita automáticamente (por defecto) en este Instituto.

La supervigilancia y fiscalización de la ley 16.744, así como de las entidades que administran el seguro, son responsabilidad de la Superintendencia de Seguridad Social (Suseso) y, dentro de ella, de la Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo. La Suseso es una institución autónoma del Estado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con el poder ejecutivo a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Entre sus funciones están: resolver casos de apelación o reclamos, capacitar en relación a materias de seguridad y salud en el trabajo, y publicar las estadísticas oficiales de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (19,21).

Existen otras instituciones relacionadas con el funcionamiento de la ley, estas son (22,23):

- Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (Compin). Evalúa (rechaza o acepta) las licencias médicas emitidas por el ISL y la Administración Delegada. Además, declara, evalúa y reevalúa las incapacidades derivadas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, exceptuando aquellas derivadas de accidentes de trabajo de los trabajadores adheridos a alguna mutual (ACHS, IST, Mutual de Seguridad), en cuyo caso son ellas mismas las que determinan los porcentajes de incapacidad y la indemnización por accidente laboral o enfermedad profesional.

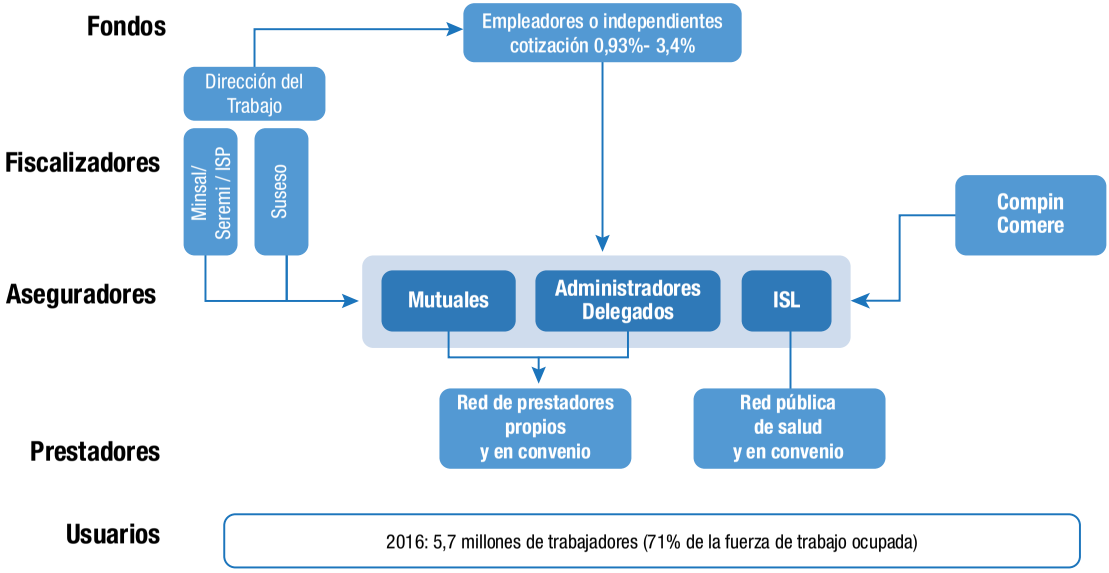
- Comisión Médica de Reclamos (Comere). Tiene por función resolver las apelaciones por porcentajes de incapacidad, determinados por la Compin y las Mutuales.

- Dirección del Trabajo. Debe velar por el cumplimiento de la legislación laboral, incluyendo las materias de seguridad y salud laboral.

- Ministerio de Salud. A través del Departamento de Salud Ocupacional, el Minsal es el encargado de regular, fiscalizar y vigilar los centros de trabajo de las entidades empleadoras y los centros de salud de los Administradores del Seguro de la ley 16.744, en materias de prevención, higiene y seguridad.

- Instituto de Salud Pública (ISP). Determina los métodos de análisis, procedimientos de muestreo y técnicas de medición para asegurar las condiciones sanitarias básicas en los centros de trabajo. Además, mantiene programas de evaluación externa de calidad de laboratorios y fiscaliza y controla a las empresas en la utilización de elementos de protección personal.

**Figura VII.1. Seguro de accidentes laborales y enfermedades profesionales (ley N°16.744)**




Fuente: Elaboración propia en base a Ley 16.744 (3), Suseso (22,24) e ISP (23).

## 2. Cobertura del seguro

De acuerdo a lo establecido en la ley Nº16.744, están protegidos todos los trabajadores que tengan una relación de dependencia con alguna empresa e institución (independientemente de que el empleador tenga o no las cotizaciones de sus trabajadores al día), así como los trabajadores independientes que tengan sus cotizaciones al día. Estos últimos fueron incorporados a través de la Reforma Previsional (ley Nº20.255 del año 2008) (19). También tienen cobertura los estudiantes que sufran un accidente a causa o con ocasión de sus estudios o en la realización de su práctica profesional y los dirigentes sindicales por los accidentes a causa o con ocasión del desempeño de sus cometidos gremiales (3).

Las cifras de la Suseso señalan que en 2016 un promedio mensual de 5,7 millones de trabajadores estuvieron protegidos por el seguro, lo que representa un 71% de la fuerza de trabajo ocupada. Los trabajadores no cubiertos por el seguro corresponden en general a personas ocupadas, pero no remuneradas, a trabajadores por cuenta propia (independientes) y a trabajadores del sector informal (26) (tabla VII.1).

**Tabla VII.1. Entidades empleadoras cotizantes y trabajadores por los que se cotizó a organismos administradores del seguro de la ley N°16.744, Chile 2017***

| Administradores de seguro | Entidades empleadoras cotizantes | | Trabajadores por los que se cotizó | |
|---|---|---|---|---|
| | N° | % | N° | % |
| ACHS | 61.095 | 12,2 | 2.362.816 | 41,5 |
| Mutual de Seguridad | 81.829 | 16,3 | 1.993.273 | 35,0 |
| IST | 16.262 | 3,2 | 568.197 | 10,0 |
| **Subtotal Mutuales** | **159.186** | **31,7** | **4.924.286** | **86,6** |
| ISL | 343.216 | 68,3 | 764.632 | 13,4 |
| **TOTAL** | **502.402** | **100,0** | **5.688.918** | **100,0** |

Fuente: Suseso (26) e ISL (27).

*Nota: no se dispone de información sobre las empresas de administración delegada.

Los eventos cubiertos por el seguro de la ley N°16.744 corresponden a (3):

- Accidentes del trabajo, definidos como toda lesión que una persona sufra a causa o con ocasión del trabajo, y que le produzca incapacidad o muerte. Los accidentes "a causa" del trabajo, son aquellos que ocurren directamente por la labor que debe ejecutar el trabajador. Por otro lado, los accidentes que ocurren "con ocasión" del

trabajo, incluyen a todos aquellos que ocurren cuando el trabajador está en disposición de trabajar, pero sin cumplir la labor específica para la cual fue contratado, como por ejemplo, los producidos al suplir necesidades básicas o salidas con autorización del empleador. Se exceptúan los accidentes por fuerza mayor extraña que no tengan relación alguna con el trabajo (actos terroristas, eventos naturales u otros en los cuales no hay una relación entre el evento y la actividad laboral) y las lesiones provocadas intencionalmente por la víctima.

- Accidentes ocurridos en el trayecto directo, ya sea de ida o de regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo, o aquellos que ocurran entre dos lugares de trabajo.

- Enfermedades profesionales, definidas como aquellas causadas de manera directa por el trabajo que realiza una persona y que le producen incapacidad (lesión o daño) o muerte. Esta definición se diferencia de la definición de accidentes, ya que en las enfermedades profesionales debe haber una relación causal directa con el trabajo, por lo tanto, se excluyen aquellas agravadas o no relacionadas directamente (por ejemplo, la gripe). Para determinar si una enfermedad es de tipo laboral se han creado protocolos para ciertas patologías o riesgos, los cuales han sido desarrollados por el Minsal y la Suseso, que se definen en el Libro III, Título III del Compendio del Seguro Social de la Ley Nº 16.733 (24). Asimismo, existe un listado de enfermedades profesionales y agentes que entrañan riesgo de producir enfermedades profesionales, basado en el Decreto 109, que debiera revisarse cada tres años, y cuya última actualización es de 2006 (28).

La tasa de accidentes del trabajo en 2016 fue de 3,3 accidentes por cada 100 trabajadores, con un total de 187.500 accidentes denunciados. Ese año solo se clasificaron como enfermedades profesionales 7.450 denuncias, con una tasa notoriamente inferior en el ISL (tabla VII.2). Los sectores económicos que presentaron mayores tasas de accidentes del trabajo en el año 2016 fueron: la industria, construcción, transporte, agricultura y pesca, con tasas superiores a 4,5 por 100 trabajadores. Los diagnósticos por enfermedades profesionales más frecuentes correspondieron a salud mental (53%) y enfermedades musculo-esqueléticas (27%) (25).

**Tabla VII.2. Número y tasa de accidentes del trabajo, de trayecto y enfermedades profesionales diagnosticadas durante 2016 en Mutuales e ISL y porcentaje de variación en período 2007-2016***

| Administradores | Accidentes del trabajo | | Accidentes de trayecto | | Enfermedades profesionales | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | N° | Tasa x 100 trab. | N° | Tasa x 100 trab. | N° | Tasa x 100 trab. |
| ACHS | 73.162 | 3,1 | 24.154 | 1,0 | 2.130 | 0,09 |
| Mutual de Seguridad | 80.207 | 4,0 | 23.894 | 1,2 | 2.443 | 0,12 |
| IST | 23.347 | 4,1 | 6.835 | 1,2 | 2.659 | 0,47 |
| **Subtotal Mutuales** | **176.716** | **3,6** | **54.883** | **1,1** | **7.232** | **0,15** |
| ISL | 10.784 | 1,4 | 3.282 | 0,4 | 218 | 0,03 |
| **TOTAL** | **187.500** | **3,3** | **58.165** | **1,0** | **7.450** | **0,13** |

Fuente: Elaboración propia en base a Informe de Estadísticas de Seguridad Social (25) y Estadísticas del Instituto de Seguridad Laboral (27)

* Nota: no se dispone de información para accidentes del trabajo en las empresas que tienen administración delegada.

## 3. Prestaciones que entrega el seguro

Las prestaciones que entrega el seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales son gratuitas para el trabajador y se entregan frente a la ocurrencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional. Las prestaciones pueden ser del orden de prevención de riesgo, prestaciones médicas o prestaciones económicas (24).

### 3.1. Prestaciones de prevención de riesgos

La ley N°16.744 establece como obligatorio para los administradores del seguro, realizar actividades permanentes de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales a sus entidades empleadoras adheridas (3). Estas actividades, tal como lo define la Suseso, corresponden a asistencia técnica, evaluación ambiental y de salud, prescripción de medidas de control y capacitación de los trabajadores y empleadores para prevenir la ocurrencia de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (24).

Además de las obligaciones para los administradores del seguro, existen también obligaciones para las entidades empleadoras, las que varían según el tamaño de la empresa, la actividad económica y la presencia de trabajadores bajo subcontratación, como por ejemplo, la obligación de entregar los elementos de protección personal, la obligación de informar los riesgos laborales a sus trabajadores (derecho a saber), la confección de un reglamento de higiene y seguridad, la conformación de comités paritarios de higiene y seguridad, entre otros (29).

## 3.2. Prestaciones médicas

Corresponde a prestaciones que todo trabajador, víctima de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, recibe hasta la curación completa o mientras se mantengan los síntomas o secuelas causadas por el accidente o la enfermedad. Las prestaciones cubiertas por el seguro corresponden a las de atención médica, quirúrgica y dental; hospitalizaciones; medicamentos y productos farmacéuticos; prótesis y aparatos ortopédicos y su reparación; rehabilitación física y reeducación profesional; los gastos de traslados y cualquier otro que sea necesario para la entrega de las prestaciones (3).

Las prestaciones médicas pueden ser entregadas en los centros de salud pertenecientes a cada administrador del seguro, o en instalaciones externas, dependiendo de la estructura de cada institución. En casos de urgencia (riesgo vital o riesgo de secuela funcional grave) los trabajadores pueden ser atendidos en otro centro asistencial no perteneciente a la red de su administrador del seguro (30).

Las Mutuales cuentan con hospitales de alta complejidad, ubicados principalmente en Santiago, y varios centros de atención de menor complejidad a lo largo del país. Junto con esto, compran servicios de atención de mayor o menor complejidad en diversas regiones (cuadro VII.2). El ISL, por su parte, no tiene un hospital propio ni centros de salud asociados, solo posee sucursales de atención administrativa, por lo tanto, compra servicios de atención médica a los otros administradores del seguro y a centros de salud públicos y privados a lo largo del país.

**Cuadro VII.2. Establecimientos de salud de las entidades administradoras del seguro de la ley Nº 16.744**

| | |
|---|---|
| **Asociación Chilena de Seguridad (ACHS)**<br>Hospital del Trabajador, Santiago<br>Red de agencias y centros de salud<br><br>**Mutual de Seguridad**<br>Hospital Clínico Mutual de Seguridad<br>Red de agencias y centros de salud<br><br>**Instituto de Seguridad del Trabajo (IST)**<br>Hospital Clínico IST de Santiago<br>Hospital Clínico IST de Viña del Mar<br>Hospital Clínico IST del Biobio<br>Red de agencias y centros de salud<br><br>**Instituto de Seguridad Laboral (ISL)**<br>Red de prestadores médicos en convenio | **Codelco**<br>Hospital del Cobre, Antofagasta<br>Clínica San Lorenzo, Atacama<br>Clínica Río Blanco, Valparaíso<br>Hospital FUSAT, O´Higgins<br><br>**Pontificia Universidad Católica (PUC)**<br>Red de Salud UC-Christus<br>- Hospital Clínico UC<br>- Clínica UC<br>- Clínica San Carlos de Apoquindo<br>- Centros médicos y Centros de Salud Familiar |

Fuente: elaboración propia en base a ACHS (31), Mutual de Seguridad (32), IST (33), ISL (34), Codelco (35), PUC (36).

El funcionamiento de los centros de salud no difiere del resto de los centros asistenciales de salud común (clínicas u hospitales públicos), rigiéndose por las normas y protocolos de atención del Minsal. Las diferencias se establecen por el tipo de patologías que atienden, orientados hacia los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales.

## 3.3. Prestaciones económicas

Corresponde a aquellas que tienen por finalidad subsidiar los ingresos por remuneración de los trabajadores que sufren un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, por el tiempo que este lo requiera. Las prestaciones pueden ser de distinto tipo (3):

a. Subsidios por incapacidad temporal. Tienen por objeto reemplazar las remuneraciones durante el período en que el trabajador requiere guardar reposo, o no se encuentre en condiciones de reincorporarse a su trabajo.

   Este beneficio se recibe a través de la emisión, por el médico tratante, de una orden de reposo o una licencia médica, la cual permite justificar la ausencia del trabajador en su lugar de trabajo y recibir el subsidio por incapacidad temporal.

b. Incapacidad permanente. En el caso en que las licencias médicas se prolongasen por más de 104 semanas (alrededor de 2 años), se debe realizar una evaluación de

secuelas del trabajador y determinar si puede acceder al beneficio de indemnización o de pensión. Cuando el grado de incapacidad se encuentre entre el 15% y el 40%, el trabajador tiene derecho a una indemnización equivalente a 15 veces su sueldo base, la cual se recibe por una sola vez. En el caso de que el trabajador tenga una incapacidad mayor o igual al 40%, tienen derecho a una pensión de invalidez, la cual puede ser de tipo parcial (entre un 40% y 70% de incapacidad), o una pensión de invalidez total (mayor a un 70% de incapacidad). En el caso de invalidez parcial, ésta se reevalúa después de 3 años, mientras que la invalidez total no requiere reevaluación. Una vez que el trabajador llega a la edad de jubilación, cesa este beneficio, pasando a obtener una pensión de vejez, conforme a las disposiciones de su respectivo régimen previsional (IPS o AFP) (37). Además, existe el concepto de "gran invalidez" el cual se utiliza en aquellos casos en que el trabajador requiera ayuda de terceras personas para realizar los actos elementales de la vida, lo que significa un aporte económico de un 30% adicional en la pensión de invalidez total.

c. Pensión por supervivencia. En aquellos casos en que el trabajador fallece a consecuencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, sus familiares directos tienen derecho a recibir una pensión vitalicia.

***En síntesis, en Chile existe un seguro obligatorio para accidentes laborales y enfermedades profesionales que es financiado por el empleador, en el caso de trabajadores dependientes, o por el trabajador en caso de ser independiente. El seguro es administrado por las Mutuales de Empleadores, los Administradores Delegados del Seguro o el ISL. La supervigilancia y fiscalización está a cargo de la Suseso. Más del 70% de la fuerza de trabajo ocupada está actualmente protegido por el seguro; sin embargo, aún existen grupos que quedan al margen de esta protección, como son personas ocupadas pero no remuneradas, trabajadores por cuenta propia y trabajadores en el sector informal.***

## Bibliografía


1. Organización Internacional del Trabajo. Investigación de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Guía práctica para inspectores del trabajo [Internet]. Ginebra; 2015 [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.ilo.org/labadmin/info/pubs/WCMS_346717/lang--es/index.htm

2. Subsecretaria de Previsión Social. Nota técnica n°4. Protección ante accidentes y enfermedades profesionales: antecedentes, enfoques y regímenes de seguros en la OCDE. [Internet]. 2015 [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/download/estudios-previsionales/publicaciones/notas-tecnicas/4-proteccion-ante-accidentes-y-enfermedades-profesionales-antecedentes-enfoques-y-regimenes-de-seguros-en-la-ocde.pdf

3. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ley 16.744 de 1° de febrero de 1968. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]. Santiago de Chile, Chile; 1968. Available from: http://bcn.cl/1uun3

4. Organización Internacional del Trabajo. Convenio C187 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, 2006 (núm. 187) [Internet]. 2006 [cited 2019 Jan 18]. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C187

5. Ministerio de Relaciones Exteriores. Decreto 72 del 19 de agosto de 2011. Promulga el Convenio 187 sobre marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo [Internet]. 2011 [cited 2019 Jan 18]. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1028776

6. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Decreto 47 del 16 de septiembre de 2016. Política Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [Internet]. 2016. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1094869

7. Organización Internacional del Trabajo. Pontifica Universidad Católica. Comparación internacional de sistemas de salud y seguridad laboral [Internet]. 2011 [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.ilo.org/santiago/publicaciones/WCMS_178071/lang--es/index.htm

8. Superintendencia de Seguridad Social. Gobierno de Chile. IV Memoria Anual. Sistema Nacional de Seguridad y Salud Laboral [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 1]. Available from: https://www.suseso.cl/609/articles-40520_archivo_01.pdf

9. Servicio Nacional de la Discapacidad. Estudio de inclusión laboral en personas en situacion de discapacidad en el Estado. 2014.

10. Ministerio del Interior. Ley 2.951 del 7 de diciembre de 1914. "Ley de la Silla" [Internet]. 1914. Available from: http://bcn.cl/1ux39

11. Memoria Chilena. Biblioteca Nacional de Chile. La cuestión social en Chile (1880-1920) - [Internet]. [cited 2018 Jun 1]. Available from: http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-679.html#

12. Ministerio del Interior. Ley 3.170 del 30 de diciembre de 1916. Sobre accidentes del trabajo [Internet]. 1916. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=23781

13. Ministerio del Interior. Ley 3.186 del 13 de enero de 1917. Establece el servicio de cunas en las fábricas, talleres o establecimientos industriales en que se ocupen 50 o más mujeres mayores de 18 años [Internet]. BCN 1917. Available from: http://bcn.cl/1xlo7

14. Ministerio del Interior. Ley 3.321 del 17 de noviembre de 1917 [Internet]. BCN 1917. Available from: http://bcn.cl/1vwcl

15. Ministerio del Interior. Ley 4.054 del 26 de septiembre de 1924. Seguros de enfermedades, invalidez y accidentes del trabajo [Internet]. Chile, Chile; 1924. Available from: http://bcn.cl/1xxi7

16. Ministerio de Salubridad Previsión y Asistencia Social. Ley 10.383 del 8 de Agosto de 1952. Modifica la Ley 4.054 relacionada con el seguro obligatorio [Internet]. Chile; 1952. Available from: http://bcn.cl/1uzdg

17. Organización Internacional del trabajo. Medio siglo al servicio de Chile. El sistema privado de mutualidades de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1957-2007 [Internet]. 2008 [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.ilo.org/santiago/publicaciones/WCMS_201288/lang--es/index.htm

18. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ley 20.123 del 16 de octubre de 2006. Regula trabajo en régimen de subcontratación, el funcionamiento de las empresas de servicios transitorios y el contrato de trabajo de servicios transitorios. [Internet]. 2006. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=254080&r=1

19. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Ley 20.255 del 17 de marzo de 2008. Establece reforma previsional [Internet]. 2008 [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=269892

20. Intendencia de Seguridad y Salud en el Trabajo. Definiciones del Reporte de Accidentes Fatales Notificados [Internet]. Available from: http://163.247.55.110/PortalWEB/SST/reporte_TALF/sst_reporte-AF_def.html

21. Gobierno de Chile. Directorio de Transparencia Activa. Facultades, Funciones y atribuciones de la Superintendencia de la Seguridad Social [Internet]. webpage. [cited 2019 Jan 21]. Available from: http://www.gobiernotransparentechile.gob.cl/directorio/entidad/12/175/facultades

22. Superintendencia de Seguridad Social. Documento 10: Subsidio por Incapacidad Laboral en Chile: Situación Actual y Propuestas de Modificación [Internet]. 2017 [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.suseso.cl/607/w3-article-41005.html

23. Instituto de Salud Pública. Funciones: Departamento Salud Ocupacional. [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: http://www.ispch.cl/saludocupacional/funciones

24. Superintendencia de Seguridad Social. Compendio de Normas del Seguro Social de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales [Internet]. webpage. [cited 2019 Jan 21]. Available from: https://www.suseso.cl/613/w3-propertyname-647.html

25. Superintendencia de Seguridad Social. Estadísticas de Seguridad Social. Informe Anual 2016 [Internet]. Santiago; 2017 [cited 2019 Jan 21]. Available from: https://www.suseso.cl/607/articles-40371_archivo_01.pdf

26. Superintendencia de Seguridad Social. Estadísticas Mensuales [Internet]. [cited 2019 Jan 21]. Available from: https://www.suseso.cl/608/w3-propertyvalue-59544.html

27. Instituto de Seguridad Laboral. Estadísticas. Caracterización de los eventos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. [Internet]. Webpage. [cited 2019 Jan 22]. Available from: https://www.isl.gob.cl/inicio/acerca-isl-portadilla/estadisticas/

28. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Decreto 109 del 7 de junio de 1968. Aprueba el reglamento para la calificación y evaluación de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo con lo dispuesto en la ley 16.744. [Internet]. 2006. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=9391

29. Superintendencia de Seguridad Social. Gobierno de Chile. Memoria Anual. Sistema Nacional de Seguridad y Salud Laboral [Internet]. 2013 [cited 2018 Jun 1]. Available from: https://www.suseso.cl/609/articles-18982_archivo_01.pdf

30. Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Decreto 101 del 7 de junio de 1968. Reglamento para la aplicación de la Ley N°16.744, que establece normas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales [Internet]. 1968 [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=9231&idParte=

31. Asociación Chilena de Seguridad. Centros de Salud y Sedes ACHS [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.achs.cl/portal/Paginas/Sedes.aspx

32. Mutual de Seguridad. Centros de Salud [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.mutual.cl/portal/publico/mutual/inicio/prestacionessalud/centrosalud/!ut/p/z1/IZFBC4JAEIV_SwevzpiWWzehMNQwI9H2Ehq2CurKavn3kzpJZjm3Gb43jzcDFEKgZfTIWNRkvIzyrj_T5UUxFDRVDV3T-QoKeq7m2bu8VZ6NDMAYsiA50kt4luy16ZKUeTec0N33IPz1-KQMn-n8CdHx9AHTM4nWBPjAQ8

33. Mutualidad Instituto de Seguridad del Trabajo. Centros de Salud Mutualidad IST [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: http://www.ist.cl/centros-de-salud/

34. Instituto de Seguridad Laboral. Centros Médicos en convenio para atender Accidentes y Enfermedades Laborales [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: https://www.isl.gob.cl/centros-medicos-en-convenio/

35. CODELCO. Centros de Salud [Internet]. webpage. [cited 2019 Jan 22]. Available from: https://www.codelco.com/satep/site/edic/base/port/centros_salud.html

36. Red de Salud UC-Christus. Red de Salud UC CHRISTUS [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: http://redsalud.uc.cl/ucchristus/QuienesSomos/

37. Suseso. Suseso: Atención de usuarios - ¿Qué pasa cuando el pensionado de la Ley N°16.744 cumple la edad para pensionarse por vejez? [Internet]. [cited 2019 Jul 17]. Available from: https://www.suseso.cl/606/w3-article-39997.html

# VIII. INSTITUCIONES Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

*Autores:* ***Ximena Aguilera Sanhueza, Claudia González Wiedmaier, Trinidad Covarrubias Correa***

Este capítulo entrega una visión general sobre el trabajo de la salud pública en el sistema de salud y sobre los roles que tiene el Estado en materia de salud poblacional. En primer lugar, se explica el concepto de las funciones esenciales de la salud pública, mencionando las entidades gubernamentales que ejercen estas acciones en Chile. Posteriormente se describe el Código Sanitario, que norma los servicios o prestaciones que ejecuta la Autoridad Sanitaria, principalmente la Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y el Instituto de Salud Pública.

**Cuadro VIII.1. Definiciones de Salud Pública**

- "La ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud mediante los esfuerzos organizados de la sociedad" (Acheson, 1988) (1).
- Lo que nosotros, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar las condiciones en las que las personas pueden ser saludables (IOM 1988) (2).
- "El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las funciones esenciales de salud pública es el de la intervención colectiva, tanto del Estado como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas. Es una definición que va más allá de los servicios de salud no personales o de las intervenciones de carácter comunitario dirigidas a la población, e incluye también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud. Abarca, asimismo, las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en la salud pública. Así pues, no se refiere a la salud pública como una disciplina académica, sino como una práctica social de naturaleza interdisciplinaria. Se trata, por otro lado, de una conceptualización que va más allá de la noción de bienes públicos con externalidades positivas para la salud, ya que comprende bienes semiprivados o privados cuyas dimensiones hacen que su repercusión sobre la salud colectiva sea un factor importante" (Organización Panamericana de la Salud, 2002) (3).

# 1. Las Funciones Esenciales de la Salud Pública

El concepto de funciones esenciales de salud pública (FESP) alude a las responsabilidades indelegables de los Estados en materia de salud poblacional, que son ejecutadas por distintas entidades públicas. A lo largo de los últimos 20 años se han realizado distintos esfuerzos a nivel mundial por definir cuáles son estas funciones esenciales, con diferentes énfasis según las distintas realidades y zonas geográficas (4).

La preocupación por revisar el rol del Estado en materia de salud pública surge en la década de los ochenta en los Estados Unidos, impulsada por la necesidad de adecuar las entidades sanitarias y sus acciones al nuevo perfil de problemas de salud, cada vez más amplio y complejo. En efecto, en esos años había emergido el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), acompañando al creciente predominio de las enfermedades no transmisibles como principal causa de morbimortalidad. A lo anterior se agregaban los problemas de acceso a la atención de las poblaciones vulnerables y una frecuencia creciente de abuso de sustancias, de agresiones y de muertes por accidentes de vehículo motor. Frente a estos desafíos en 1986, el entonces Instituto de Medicina de Estados Unidos[1] (IOM), publica su reporte denominado "The Future of Public Health", donde perfila las funciones esenciales, en un intento de revitalizar las capacidades de la salud pública, para responder de mejor forma los desafíos poblacionales. En esa misma publicación el IOM entrega su definición de la salud Pública (2).

Según el IOM la misión de la salud pública es crear las condiciones para que las personas pueden ser saludables, para ello existirían tres funciones centrales de la salud pública:

**a.** **Evaluación**, que involucra todas las actividades relacionadas con el concepto de diagnóstico comunitario, la vigilancia, la identificación de necesidades, el análisis de causas de problemas, la recopilación e interpretación de datos, la búsqueda de casos, seguimiento y predicción de tendencias, la investigación y la evaluación de resultados.

**b.** **Desarrollo de políticas**, entendiendo que la formulación de políticas es el resultado de las interacciones entre una amplia gama de entidades públicas y privadas. Es el proceso por el cual la sociedad toma decisiones sobre los problemas, elige metas y define los medios adecuados para alcanzarlos, maneja puntos de vista conflictivos sobre lo que se debe hacer, y asigna recursos. El gobierno proporciona orientación general en este proceso y tiene la obligación especial de garantizar que cualquier medida que se adopte atienda el interés público.



1 En 2015 el Institute of Medicine (IOM) pasó a denominarse National Academy of Medicine (NAM).

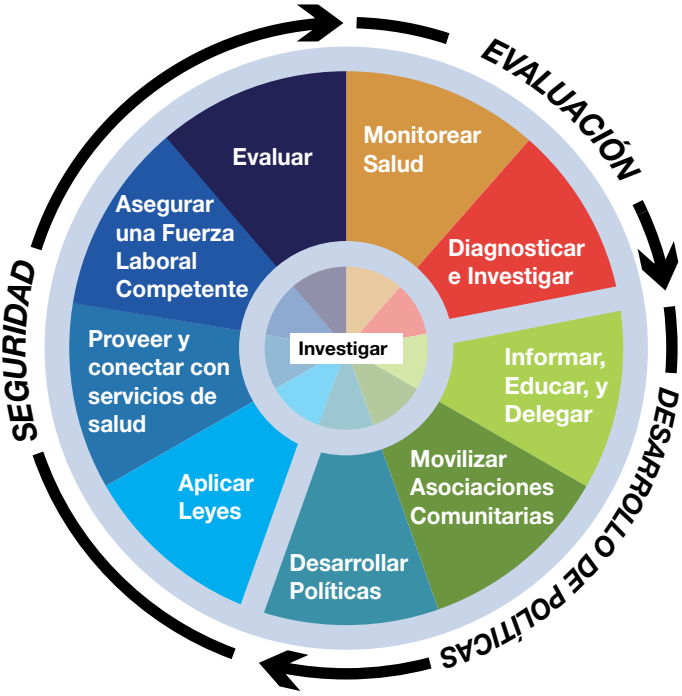
**c. Garantizar la provisión de servicios esenciales**. Una función fundamental del sector público es asegurar que se brinden los servicios necesarios para alcanzar los objetivos acordados, ya sea fomentando la acción del sector privado, solicitándola o prestando servicios directamente. La función de aseguramiento en salud pública implica velar por la implementación de los mandatos legislativos, así como por el mantenimiento de las responsabilidades legales. Incluye el desarrollo de respuestas adecuadas a las crisis, la regulación de los servicios y productos provistos tanto en el sector público como en el privado, así como el mantenimiento de la rendición de cuentas a las personas mediante el establecimiento de objetivos e informes sobre el progreso. También implica mantener un nivel de servicios necesarios para lograr un impacto o resultado previsto que se pueda alcanzar dados los recursos y las técnicas disponibles. Llevar a cabo la función de aseguramiento requiere el ejercicio de la autoridad y no es una responsabilidad que pueda ser delegada al sector privado.

De estas funciones centrales se desprenden los servicios esenciales, cuya definición fue realizada en 1994 por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) para desarrollar un instrumento que permitiera medir el desempeño de estos servicios y desarrollar planes para fortalecerlos.

En la figura VIII.1 se describen las tres funciones esenciales y los 10 servicios esenciales de salud pública que definió el "Core Public Health Functions Steering Committee", conformado por representantes de las agencias del Servicio de Salud Pública de EE.UU y otras organizaciones relevantes de la salud pública (5).

En la Región de las Américas, el esfuerzo por identificar las funciones de Salud Pública ha sido liderado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quienes adicionaron una undécima función relacionada con la reducción del impacto de emergencias y desastres (3) (ver cuadro VIII.2). Asimismo, este esfuerzo regional fue concebido como una estrategia para mejorar el desempeño general de los servicios de salud, a partir de una definición más amplia de la salud pública que incluye los servicios personales (o asistenciales). Este planteamiento se diferencia de otras iniciativas, cuyo énfasis de centra casi exclusivamente en los servicios colectivos, como es el caso de la oficina de Europa de OMS y CDC (4). Esta diferencia, aunque se describe de manera muy simple, implica un trasfondo conceptual complejo, puesto que involucra distintas visiones sobre el alcance de la salud pública y su integración con el sistema asistencial, e incluso sobre el impacto que tienen los servicios asistenciales en la salud colectiva en distintos contextos, como podría ser América Latina y Europa. De esta forma, la definición de las funciones esenciales de salud pública, si bien tiene elementos comunes, no es universal, si no que se ha adecuado a los distintos contextos en los que han sido aplicadas.

**Figura VIII.1. 10 servicios esenciales de salud pública**




Fuente: Centers for Disease Control and Prevention (5)

A continuación, se entrega una visión general sobre cómo se ejecutan las FESP en nuestro país, qué tipo de actividades incluyen y quiénes son los actores involucrados. Las 11 funciones esenciales se analizan agrupadas de acuerdo a las tres funciones centrales que definió el IOM: Evaluación, Desarrollo de Políticas y Garantizar la provisión de servicios esenciales.

**Cuadro VIII.2. Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **EVALUACION** | FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud<br><br>FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública<br><br>FESP 10: Investigación en salud pública* | **GARANTIZAR PROVISION DE SERVICIOS** | FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública<br><br>FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios<br><br>FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública<br><br>FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos<br><br>FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud |
| **DESARROLLO POLITICAS** | FESP 3: Promoción de la salud<br><br>FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud<br><br>FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública | | |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (3)

*La FESP 10 se cambió de orden para facilitar la organización según las 3 funciones centrales del Institute of Medicine.

## 1.1. Evaluación

Las funciones de análisis y vigilancia de la salud pública (FESP 1 y 2) son realizadas principalmente por el Ministerio de Salud, que recopila información desde diferentes fuentes y con distintos métodos.

| | |
|---|---|
| **EVALUACION** | FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud |
| | FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública |
| | FESP 10: Investigación en salud pública |

La información proviene tanto desde el sector salud (establecimientos asistenciales públicos y privados, Servicios de Salud, Seremis de Salud, ISP, Superintendencia de Salud), como de otros sectores del Estado (Instituto Nacional de Estadísticas, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio del Medio Ambiente, Superintendencia de Servicios Sanitarios, Servicio Nacional de Geología y Minería, Dirección Meteorológica de Chile, entre otros). Esto permite conocer y monitorear:

- Las enfermedades que afectan a la población general chilena, sus determinantes y factores de riesgo.
- Los problemas de salud que afectan a los trabajadores.
- Factores ambientales: calidad del agua, aire, alimentos y suelos, zoonosis y vectores.
- La producción de servicios asistenciales para medir acceso a salud, coberturas de programas, satisfacción usuaria, garantías explícitas en salud o listas de espera.
- Los efectos adversos asociados a uso de medicamentos.
- Eventos que puedan tener impacto para la salud pública, como variaciones climáticas, radicación ultra violeta, actividad volcánica, actividad sísmica entre otros.

La información de todo el país es recopilada por el Ministerio de Salud, donde se hace la integración, verificación y análisis del nivel nacional. A partir de esta información, los distintos programas y departamentos, tanto del Ministerio de Salud como de las Seremis y los Servicios de Salud, deben construir los diagnósticos y análisis de situación de salud del país, priorizando los problemas y definiendo las estrategias a seguir, como, por ejemplo, el Programa Nacional de Tuberculosis (6,7), el Programa de Salud Cardiovascular (8,9), el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (10), el monitoreo del número de especialistas disponibles e identificar brechas (11), entre otros. En el cuadro VIII.3 se presentan algunos de los datos que se recopilan en el país.

**Cuadro VIII.3. Principales estadísticas recopiladas para la evaluación de las necesidades de salud de la población, fuentes de información y sistemas de vigilancia en Chile.**

| Tipo de información | Fuentes de información y sistemas de vigilancia |
|---|---|
| Población | Proyecciones de población INE, Población inscrita en establecimientos de APS, Población beneficiara de FONASA (12). |
| Situación socioeconómica | Encuesta CASEN, Ministerio de Desarrollo Social (13). |
| Mortalidad | Defunciones y tasas de mortalidad según causas y variables demográficas y geográficas (12). |
| Natalidad | Tasas de natalidad y fecundidad; según edad de la madre, peso gestacional, región, comuna (12). |
| Egresos Hospitalarios | Egresos hospitalarios públicos y privados, según variables demográficas y geográficas y establecimientos (12). |
| Enfermedades transmisibles | Sistema de vigilancia de Enfermedades de Notificación Obligatoria y brotes, que incluye a establecimientos asistenciales, Seremi de Salud, Ministerio de Salud, laboratorios de la red e Instituto de Salud Pública. Este sistema regula los flujos y oportunidad de información, el tipo de enfermedades y agentes que se vigilan, así como la modalidad de vigilancia. La respuesta frente a brotes y epidemias se articula a nivel regional, y dependiendo de la gravedad y magnitud de los eventos, el MINSAL puede apoyar o asumir la conducción de la respuesta (14–16). |
| Enfermedades no trasmisibles y factores de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, alimentación, actividad física) | Encuestas poblacionales sectoriales (16): Encuesta Nacional de Salud (2003, 2009 y 2017), Encuesta de Calidad de Vida y Salud, Encuestas de Consumo de Tabaco en Jóvenes (2004, 2008).<br><br>Encuestas de otros sectores: Encuestas sobre Consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA) (17), Estudio sobre discapacidad del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS) (18).<br><br>Registros poblacionales de cáncer de las regiones de Antofagasta, Los Ríos, Arica y Parinacota (2009), y las Provincias de Biobío y Concepción (19,20). Además, existe un Registro Nacional de Cáncer Infantil desde 2006, que incluye todos los cánceres en menores de 15 años de todo el territorio nacional (21–23). |
| Atenciones de Urgencia | Número de atenciones de urgencia según variables demográficas, geográficas, establecimiento y causa (12). |

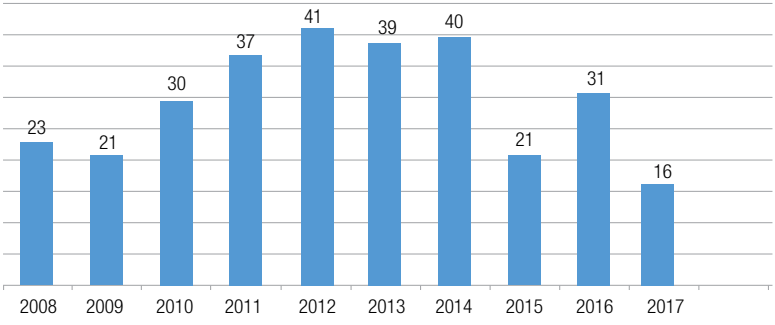
| | |
|---|---|
| Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y calidad de vida de los trabajadores | Defunciones y tasas de mortalidad según tipo de accidente, organismo administrador de la ley, así como variables demográficas y geográficas (12).<br><br>Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de Trabajadores y Trabajadoras de Chile (2010) (24). |
| Recursos para la Salud | Establecimientos de salud según tipo y ubicación geográfica, profesionales y técnicos del sector salud (12). |
| Satisfacción Usuaria | Encuestas de satisfacción usuaria de la Superintendencia de Salud (25). |
| Actividades de la Autoridad Sanitaria Regional (SEREMI) | Registros de Actividades de la ASR en relación a su rol de monitoreo y fiscalización de la salud de las personas y del medio ambiente (12). |
| Atenciones de la Red Asistencial Pública | Registros de controles de salud, exámenes de medicina preventiva, aplicación de escalas de evaluación de niños, embarazadas, adolescentes, adultos mayores, consumo de alcohol, consultas de salud por distintos tipos de profesionales y áreas de atención, atenciones por especialidades médicas y odontológicas, pesquisa de enfermedades transmisibles, atenciones de urgencia, servicios de sangre, educación y promoción de la salud, exámenes, PNAC y PACAM, población en control por programa y grupos de edad, entre otros (12). |
| Atenciones del Sector Privado | Registros de Controles de Salud y Consultas de Morbilidad y especialidad, intervenciones quirúrgicas, imagenología, laboratorio, atenciones de maternidad y otros procedimientos, atenciones odontológicas (12). |
| Inmunizaciones | Registros de vacunas administradas según tipo de vacuna y variables geográficas (12). |
| Medicamentos | Registro de medicamentos, fármaco vigilancia (26). |

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la investigación para nuevos conocimientos y soluciones innovadoras para problemas de salud (FESP 10), si bien la actividad de investigación se desarrolla principalmente en las Universidades, al Estado le corresponde incentivar el que esta actividad contribuya a una mejor toma de decisiones, así como a solucionar los problemas sanitarios prioritarios para nuestro país. En Chile existen fondos estatales para la investigación que se canalizan a través de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (Conicyt) que, hasta la reciente creación del Ministerio de las Ciencias, dependía del Ministerio de Educación. Uno de estos fondos está exclusivamente destinado a proyectos de investigación aplicada en Salud –Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (Fonis)- cuya organización y financiamiento comparten Conicyt y el Ministerio de Salud. Es ésta última entidad la que establece las prioridades para la investigación en salud (27). Se trata de un fondo concursable anual competitivo, en el que alrededor del 10% de las postulaciones logran financiamiento;

el 2017, se financiaron 16 proyectos, siendo el año con menos proyectos aprobados desde 2008 (ver figura VIII.2). Es importante destacar que la creación del Fonis fue una respuesta a la evaluación de las FESP que realizara el Minsal junto a la OPS en 2002, donde la investigación fue la función que resultó con peor desempeño.

**Figura VIII.2. Número de proyectos Fonis adjudicados. Chile 2008-2017.**




Fuente: Conicyt (28).

El Conicyt también dispone de otros fondos a los que se pueden presentar proyectos de investigación en salud, donde compiten con otras áreas del conocimiento, como son el Fondo de Investigación Científica y Tecnológica (Fondecyt) o el Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico (Fondef).

## 1.2. Desarrollo de Políticas.

La promoción de la salud (FESP 3) tiene por objetivo crear condiciones para que las personas puedan tener una vida sana, abordando los determinantes sociales de la salud. Incluye desde el fomento de conductas que favorecen la salud, realizadas a nivel individual y colectivo, hasta la creación o modificación de entornos que posibiliten el ejercicio de estas conductas. Esto implica una

| | |
|---|---|
| **DESARROLLO POLÍTICAS** | FESP 3: Promoción de la salud. |
| | FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud. |
| | FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública. |

variedad amplia de intervenciones sociales, ambientales y legislativas que requieren del trabajo intersectorial. En este sentido, el sector salud tiene el rol de identificar y diseñar las estrategias más adecuadas, pero su implementación necesariamente requiere el trabajo con distintos sectores del Estado, como educación, urbanismo y otros. Además de esta acción intersectorial, el sector salud desarrolla intervenciones de tipo promocional colectivo, como, por ejemplo, las campañas comunicacionales de prevención de distintos tipos de riesgo, que son realizadas por la Subsecretaría de Salud Pública y las Seremis de Salud y que se emiten por medios masivos de difusión. Finalmente, en el sector salud también se entrega una importante cantidad de servicios de promoción de la salud directamente a las personas, las que se ejecutan principalmente en el nivel de atención primaria, como charlas educativas o visitas a domicilio a mujeres durante el puerperio para enseñar los primeros cuidados de los recién nacidos.

Con respecto a la participación comunitaria (FESP 4), la Ley Nº 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública (29), exige a todos los órganos del Estado la formación de un Consejo Nacional de la Sociedad Civil. Actualmente se encuentra en definición la metodología de conformación del Consejo a nivel del Ministerio de Salud. Existen además consejos temáticos: el Consejo Consultivo de Género, el Consejo Consultivo de Jóvenes y la Comisión Nacional de Protección de los Enfermos Mentales, todos de nivel nacional, algunas con expresión regional, de tipo consultivo. La orientación prioritaria de los consejos es resolver necesidades específicas y de acceso a atención de salud (30).

La norma general de participación ciudadana en la gestión pública de salud, aprobada el 19 de enero 2015, señala la participación como un eje fundamental del sector salud. Sin embargo, no deja claro que las instancias formales de participación arriba mencionadas tengan injerencia directa en la determinación de las prioridades sectoriales, que tiene relación con la definición de las necesidades, planes y presupuestos de nivel nacional, situando su ámbito de acción más bien en la discusión de planes operativos de nivel subnacional (30).

Por otra parte, también existen otros consejos organizados para informar sobre las necesidades de salud de la población, como son los Consejos de Establecimientos Asistenciales, organizados para resolver prioritariamente necesidades de salud en áreas temáticas específicas (consejos hospitalarios) y para representar a la comunidad de su territorio (en el caso de los Consejos de Salud de Atención Primaria). Ambos aportan a la identificación de necesidades y son un insumo para la toma de decisiones en salud cuando el contexto político y administrativo lo permite (30).

Finalmente, la formulación de políticas públicas (FESP 5) es función del Ministerio de Salud, en forma directa, a través de la formulación de leyes y preparación de planes, pero también

mediante la abogacía para la promulgación de políticas de otros sectores que impactan en salud. Estas políticas pueden tener que ver con aspectos relacionados a la promoción o protección de la salud, incluyendo los ambientes saludables, y también con garantizar el acceso a los servicios de salud.

Una importante estrategia de políticas públicas en salud es fomentar la adopción de conductas saludables a través de cambios en la legislación que permiten regular actividades de riesgo, aumentar impuestos a productos no saludables y realizar cambios organizacionales. Destacan en este sentido dos leyes recientes: la ley 20.660 de "Control y Disminución del Tabaquismo; Educación Preventiva; Publicidad del Tabaco" (31), y la ley 20.606 sobre la composición nutricional de alimentos y su publicidad, promulgada en 2016 (32).

La ley Nº 20.660 prohíbe fumar en lugares públicos, restringe la publicidad y aumenta el impuesto al tabaco. La efectividad de esta ley se observa en la disminución del consumo de tabaco, que bajó de 43,5% a 33,3% entre 2003 y 2016 (34). Por su parte, la ley Nº 20.606 pretende contribuir a bajar los altos índices de sobrepeso y obesidad, especialmente en los niños, niñas y jóvenes de nuestro país, permitiendo a la población identificar aquellos alimentos altos en grasas, calorías, azúcares, y sodio (ver figura VIII.3), prohibiendo la venta de estos alimentos en escuelas y su publicidad a menores de 14 años.

**Figura VIII.3. Etiquetado de Alimentos, Ley 20.606**

Fuente: Minsal (33)

Estas nuevas leyes se agregan a disposiciones más antiguas, pero no por ello menos relevantes, como son la fluoración del agua potable para la prevención de las caries dentales, la fortificación con ácido fólico de las harinas, que ha permitido disminuir la incidencia de los defectos del tubo neural o la suplementación de la sal con yodo para prevenir el bocio (35).

Un ejemplo del desarrollo de políticas públicas intersectoriales que favorecen la salud es el "Sistema Elige Vivir Sano", que articula el trabajo de diversos sectores del Estado para promover hábitos y estilos de vida saludables, como el fomento de la alimentación saludable, promoción de prácticas deportivas y al aire libre, autocuidado, así como disminuir obstáculos

que dificultan el acceso a hábitos y estilos de vida saludables (36). Entre las acciones que se han realizado en este contexto están las plazas saludables, construcción de ciclovías o mejora de las ferias libres (37).

Con respecto al desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública, el Ministerio de Salud, desde el año 2000, ha venido realizando formalmente un plan nacional de salud que incluye la definición de objetivos sanitarios decenales: los Objetivos Sanitarios para las Décadas 2000-2010 (38,39) y 2011-2020 (40), realizándose evaluaciones periódicas de sus avances. Estos objetivos son una guía de navegación, a partir de la cual deben organizarse todas las acciones del sector salud, en coordinación con otros sectores relevantes, como, por ejemplo, Educación, Desarrollo Social o Medio Ambiente. La organización del sector, descrita en capítulos anteriores, permite llevar a cabo las políticas, programas y acciones necesarios para cumplir los objetivos. De esta manera, analiza información, planifica y propone planes y programas, los ejecuta a través de la Autoridad Sanitaria –en el caso de las acciones de salud pública - y de los servicios de salud - en el caso de las acciones asistenciales-, monitorea su cumplimiento y los evalúa.

## 1.3. Garantizar la provisión de servicios esenciales

La función de garantizar los servicios y su calidad es la más amplia y compleja, lo se refleja en la cantidad de servicios que alude, los que a continuación se revisan uno a uno:

| | |
|---|---|
| **GARANTIZAR PROVISION DE SERVICIOS** | FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública. |
| | FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios. |
| | FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. |
| | FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos. |
| | FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud. |

### a. Hacer cumplir las leyes y regulaciones (FESP 6).

Es una función que ejercen principalmente la Autoridad Sanitaria y la Superintendencia de Salud. Ellas tienen la tarea de garantizar el cumplimiento de las leyes y normativas que regulan el sector salud, así como la sanción de su infracción.

Las Seremis de Salud velan por el cumplimiento de las normas que establece el Código Sanitario (41) sobre enfermedades

transmisibles, higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo, productos alimenticios, inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, laboratorios y farmacias, así como el ejercicio de las profesiones de la salud. Esto se traduce en una gran cantidad de actividades, algunas de las cuales se describen en el cuadro VIII.4. Para ello, el Código Sanitario le entrega facultades para inspeccionar y registrar cualquier sitio público o privado; trasladar, decomisar destruir o desnaturalizar productos; clausurar locales, edificios o establecimientos; retirar muestras de aduanas, sitios de expendio o elaboración; hacer sumarios sanitarios, investigar y tomar declaraciones; así como aplicar multas (41).

Por su parte, el ISP fiscaliza el cumplimiento de la regulación sobre medicamentos y laboratorios clínicos en el país, además de realizar funciones de fiscalización en el ámbito ambiental, ocupacional y de control de calidad de los dispositivos médicos (42). Todas estas regulaciones también se desprenden de lo definido en el Código Sanitario (41).

La Superintendencia de Salud es la encargada de vigilar, fiscalizar y sancionar, cuando corresponde, que las instituciones previsionales de salud, Fonasa e Isapres, cumplan con otorgar a sus beneficiarios los derechos establecidos por ley, incluyendo el cumplimiento del Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Asimismo, fiscaliza a los prestadores institucionales (hospitales, clínicas, centros médicos y otros) en relación a al correcto funcionamiento del sistema de acreditación, a la mantención de los estándares fijados por éste, y al cumplimiento de los derechos de las personas en su atención de salud. Debe exigir también que las instituciones mantengan información actualizada y transparente sobre su situación jurídica, económica y financiera (43,44).

**Cuadro VIII. 4. Principales actividades de fiscalización y control de leyes y regulaciones que protegen la salud y garantizan la seguridad por parte de la Autoridad Sanitaria (Seremis de Salud e Instituto de Salud Pública)**

| Seremis de Salud |
|---|
| **Control de enfermedades transmisibles** |
| • Fiscalización del cumplimiento de la notificación obligatoria de enfermedades.<br>• Investigación y control de brotes, incluyendo inspección y clausura de establecimientos, aislamiento y cuarentena de personas, sacrificio de animales, entre otras.<br>• Control de enfermedades en puertos, aeropuertos y pasos terrestres.<br>• Control de vectores y animales relevantes para la salud humana. |
| **Higiene y seguridad del ambiente** |
| • Vigilancia, fiscalización y control de la calidad del agua, tratamiento y disposición de aguas servidas domésticas, contaminación acústica, manejo de residuos sólidos (rellenos sanitarios plantas de compostaje, reciclaje, lodos, residuos hospitalarios); fiscalización de la normativa sobre control de las emisiones atmosféricas generadas por fuentes estacionarias.<br>• Autorización sanitaria de: proyectos de agua potable, aguas servidas, aguas grises y tratamiento de residuos líquidos industriales; actividades industriales y comerciales en materia de emisiones atmosféricas; rellenos sanitarios.<br>• Fiscalizar el cumplimiento de la Ley del Tabaco.<br>• Autorización de Inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres, así como autorización sanitaria de empresas funerarias y velatorios.<br>• Autorización o informe sanitario para establecimientos educacionales, hospedajes, piscinas de uso público, campings, cementerios, servicios de alimentación al interior de establecimientos educacionales, discotecas, cabarets, salas de eventos, gimnasios cines, teatros, pubs, zonas de picnic, entre otras.<br>• Autorización de proyectos para el manejo, transporte, almacenamiento, disposición final de residuos sólidos peligrosos e industriales sólidos no peligrosos. |
| **Inocuidad y seguridad de los Alimentos** |
| • Control sanitario de alimentos importados que ingresan al país.<br>• Control sanitario de alimentos en fábricas y elaboradoras de productos lácteos, farináceos, encurtidos, cereales, envasadoras de arroz, elaboradoras de mote, de mayonesas y aderezos, de bebidas analcohólicas y aguas purificadas, de aditivos, de huevos pasteurizados, alimentos sin gluten, suplementos alimentarios, alimentos para deportistas y almacenes de comestibles.<br>• Control sanitario de los alimentos que se elaboran y expenden en los supermercados. |

- Fiscalización de mataderos, despostadoras, procesadoras y porcionadoras de carnes, carnicerías, fábricas de cecinas, fábricas de grasas, fábricas de aceites, fábricas de margarinas y rocesadoras y envasadoras de sal.
- Autorización sanitaria de locales productores y de expendio de alimentos.
- Vigilancia a instalaciones de alimentos, tales como, restaurantes y similares, predios agrícolas, procesadoras y envasadoras de productos hortofrutícolas y de productos del mar.

**Salud ocupacional y prevención de riesgos**

- Inspección, evaluación, control y verificación del cumplimiento de las condiciones mínimas de higiene y seguridad de los lugares de trabajo.
- Formalización (autorización o certificación) y fiscalización de radiaciones ionizantes, calderas y equipos que trabajan con presión de vapor de agua sobre 0,5 kg/cm$^2$, además de la acreditación de competencias profesionales.
- Calificación, autorización y/o certificación del cumplimiento de requisitos y condiciones reglamentarias sanitario, laboral y ambiental para el funcionamiento de instalaciones.
- Autorización y certificación de ingreso y uso de sustancias químicas peligrosas y radiactivas, y cumplimiento de requisitos y condiciones reglamentarias sanitario, laboral y ambiental para el funcionamiento de instalaciones.
- Fiscalización respecto al manejo seguro de las sustancias químicas peligrosas (producción, transporte, almacenamiento y utilización).
- Investigación epidemiológica, inspección y análisis de los casos de sospecha de intoxicación aguda por plaguicidas de origen laboral.

**Profesiones médicas**

- Otorgar la habilitación profesional a actividades de auxiliar enfermería; auxiliar paramédico de farmacia, de odontología, de alimentación, de radiología, radioterapia, laboratorio y banco de sangre; acupunturistas, homeópatas, naturópatas, cosmetólogas, podólogos, auxiliar de farmacia privada y práctico en farmacia.
- Formalizar y fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos asistenciales públicos y privados, tales como hospitales, clínicas, salas de procedimientos, pabellón de cirugía menor, laboratorios clínicos, laboratorios dentales, salas externas de toma de muestras, centros de diálisis, ópticas, sala de venta de óptica, establecimientos de larga estadía para adultos mayores (hogares de ancianos), centros de tratamiento y rehabilitación de personas con consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas, servicio de traslado de pacientes simple o avanzado, establecimientos de prácticas médicas alternativas.
- Formalizar y fiscalizar el funcionamiento de los establecimientos de estética, en los que se desarrollan actividades de cosmetología, depilación, manicure, pedicure, entre otras.

- En algunas regiones también realiza autorización y fiscalización de farmacias, farmacias itinerantes, almacenes farmacéuticos y botiquines, relacionada con el cumplimiento de las normas referidas al control de los procesos de almacenamiento y distribución de productos farmacéuticos, en representación del ISP.

## Instituto de Salud Pública

**Laboratorios**

- Laboratorio nacional y de referencia en los campos de la microbiología, inmunología, bromatología, farmacología, imagenología, radioterapia, bancos de sangre, laboratorio clínico.
- Normalizar las técnicas analíticas, procedimientos y metodologías para la caracterización de residuos peligrosos, alimentos y agua, y evaluar anualmente a los laboratorios autorizados, por medio del programa de ensayo interlaboratorio, para determinar la fidelidad de éstos a las técnicas y procedimientos empleados y la confiabilidad de los resultados que obtienen.
- Efectuar los controles de calidad y las actividades de supervisión técnica de los laboratorios clínicos estatales y privados.
- Fiscalización de la acreditación de laboratorios clínicos.
- Fiscalización las entidades acreditadoras de los laboratorios.
- Coordinación y supervisión de Laboratorios de Salud Pública de las Seremis de Salud en las áreas de microbiología, bromatología, contaminación ambiental y salud ocupacional.

**Control de calidad de medicamentos, alimentos de uso médico y demás productos sujetos a control sanitario**

- Autorización de la instalación de laboratorios de producción químico-farmacéutica e inspeccionar su funcionamiento.
- Autorización y registro de medicamentos y demás productos sujetos a estas modalidades de control.
- Otorgar la autorización para usar, consumir, vender, ceder o disponer a cualquier título de partidas determinadas de productos farmacéuticos, alimentos de uso médico y cosméticos y de estupefacientes y sustancias psicotrópicas que causen dependencia importados.
- Control de las condiciones de internación, exportación, fabricación, distribución, expendio y uso a cualquier título, como, asimismo, de la propaganda y promoción de los mismos productos.
- Control de los estupefacientes y productos farmacéuticos que causen dependencia y demás sustancias psicotrópicas susceptibles de surtir análogo efecto, respecto de su importación y de su uso lícito en el proceso de elaboración de productos farmacéuticos.
- Autorizar y fiscalizar a las entidades que realicen el control y certificación de calidad de los instrumentos, aparatos, dispositivos y otros artículos o elementos destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades de seres humanos, así como al reemplazo o modificación de sus anatomías.

| |
|---|
| • Autorizar la importación de los plaguicidas de uso sanitario y doméstico y su disposición en el país de aquellos internados, controlar y autorizar su publicidad y promoción. |
| • Realizar el examen correspondiente a los animales que durante el período de observación posterior a haber mordido a una persona acusaren síntomas de rabia. |
| • Llevar registro nacional de receptores de órganos. |
| **Salud ocupacional** |
| • Laboratorio nacional y de referencia en el campo de la salud ocupacional. |
| • Contribuir a solucionar problemas de salud de los trabajadores mediante asesorías técnicas, docencia e investigación. |
| • Fijar métodos de análisis, procedimientos de muestreo y técnicas de medición para evaluar lugares de trabajo. |
| • Proponer protocolos y guías clínicas para diagnóstico, calificación y evaluación de patologías laborales y de formas de intervención sanitaria. |
| • Realizar acciones de vigilancia de agentes y condiciones de riesgo en los lugares de trabajo, y proponer medidas de prevención. |
| • Intervenir en la autorización, control y fiscalización de instituciones, laboratorios y establecimientos interesados en prestar servicios de control y certificación de calidad de elementos de protección personal contra riesgos ocupacionales. |
| **Salud ambiental** |
| • Laboratorio nacional y de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios en materia de ambiente, alimentos y temas biotecnológicos. |
| • Participar en acciones relativas al reconocimiento de laboratorios bromatológicos, ambientales y otras áreas de su competencia. |
| • Desarrollar y producir recursos biotecnológicos, elaborar insumos asociados a sus funciones y ejecutar estudios y programas en materias sanitarias de su competencia. |

Fuente: Elaboración propia en base a Gobierno Transparente (42,45), ISP (46–48), Seremi Metropolitana (49).

## b. Garantizar el acceso equitativo de la población a servicios de salud integrales de calidad (FESP 7).

Si bien la entrega de prestaciones de salud es función de las redes asistenciales públicas y de los prestadores privados, el Estado debe asegurar que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, como lo garantiza la Constitución, y que este acceso sea equitativo. Considerando que en el sistema de salud chileno las personas se distribuyen según su nivel de ingresos en sistemas que ofrecen distintos grados de acceso a las prestaciones de salud, y que además, existe una discriminación según riesgo sanitario, es especialmente importante contar con políticas y estrategias para disminuir las barreras que dificultan el acceso a la salud.

Entre las políticas públicas que se han realizado en Chile para garantizar el acceso equitativo a servicios esenciales se pueden mencionar: 1) la garantía de acceso a prestaciones promocionales, preventivas y curativas, a través de la red de atención primaria de la salud; 2) el programa Chile Crece Contigo; 3) El régimen de Garantías Explícitas de Salud AUGE/GES; 4) La ley de protección financiera para enfermedades de alto costo, conocida como la Ley Ricarte Soto y 5) El programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. A continuación, se entrega una breve explicación de cada una de ellas:

- La Atención Primaria de Salud, descrita en el capítulo V, tiene una amplia cobertura territorial en Chile, llegando a los lugares más remotos del país y permitiendo a todos sus beneficiarios acceder gratuitamente a prestaciones de tipo preventivo y curativo (incluyendo urgencias), disminuyendo barreras geográficas y económicas (50). Algunas de las acciones que se desarrollan en APS se garantizan no solo a los beneficiarios del sector público, sino que a todos los habitantes del país, tal es el caso de las acciones que figuran en el Código Sanitario, como el control pre-natal, las vacunaciones, las consejerías de salud, y el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades transmisibles como la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, que en Chile se consideran "bienes públicos" (ver sección sobre el Código Sanitario en este mismo capítulo).

  Actualmente en APS se realizan actividades de los programas nacionales de inmunizaciones, de alimentación complementaria (para niños, embarazadas y adultos mayores), de salud infantil y de la mujer, de tuberculosis y de salud cardiovascular, entre otros. También es responsable de la primera atención para problemas de salud incluidos en el régimen GES, como son el diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial, diabetes mellitus tipo 2, depresión de manejo ambulatorio en mayores de 15 años y el Examen de Medicina Preventiva. La cobertura de los programas varía, pasando de altas coberturas en el programa nacional de inmunización a bajas en el Examen de Medicina Preventiva del Adulto (ver tabla VIII.1).

**Tabla VIII.1. Coberturas de programas seleccionados**

| Programa | Coberturas (%) |
|---|---|
| Vacunación BCG (Recién Nacidos) | 91,1 |
| Vacunación Pentavalente (3era dosis) | 90,7 |
| Vacunación Trivírica (12 meses) | 98,6 |
| Papanicolau en mujeres de 15 a 64 años | 59 |
| Población bajo control en programa cardiovascular (APS) | |
| • Hipertensión | 81,1 |
| • Diabetes | 36,7 |

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud (51,52).

- El programa "Chile Crece Contigo" es un ejemplo de política pública integral y que tiene como objetivo disminuir las inequidades que se generan en las etapas tempranas de la vida. Este programa acompaña a los niños y niñas que se atienden en el sistema público de salud, desde el primer control prenatal, hasta el ingreso al sistema escolar; genera una red de apoyo para el adecuado desarrollo de los niños y niñas hasta los 8 o 9 años de edad, en distintas áreas relevantes para el desarrollo: salud, educación, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad, entre otros (53,54).

- El Régimen de Garantías Explícitas en Salud pretende disminuir barreras de acceso, entregando protección financiera y asegurando acceso, oportunidad y calidad para 80 patologías relevantes en el país, con garantías legales para todos los chilenos independiente de su seguro de salud. Para resguardar la calidad de las prestaciones, todas las instituciones, que entreguen prestaciones en el régimen GES deben estar acreditadas por la Superintendencia de Salud (55), tal como se describe en el capítulo V. Este sistema no está exento de problemas, como son el incumplimiento de las garantías legales de oportunidad, especialmente en el sector público, la postergación de las enfermedades no incluidas en el régimen y la creciente compra de servicios al sector privado con el consiguiente debilitamiento del sistema proveedor público, que son reflejo de la segmentación y fragmentación del sistema chileno.

- La ley 20.850 o "Ricarte Soto", promulgada recientemente, crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo y para los que exista evidencia científica concluyente de su beneficio. A esta ley pueden acogerse todas las personas, cualquiera sea su sistema previsional y no exige copago alguno. Incorpora mecanismos de participación y control social, a través de dos comisiones: una para entregar recomendaciones sobre las patologías a incluir en el sistema y otra de vigilancia y control para el monitoreo del funcionamiento del Sistema de Protección, ambas comisiones incluyen la participación de la sociedad civil, a través de representantes de agrupaciones de pacientes (56). Todas las actas de estas comisiones están publicadas

en la página web del Ministerio de Salud (57) y actualmente, incluye el diagnóstico y tratamiento de 18 patologías (58).

- El Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) se implementa el año 2000, fundamentalmente a través de la APS (59–61), con el objeto de cumplir el mandato de la ley Nº 20.584 que en el párrafo 3, artículo 7, señala que "*los prestadores institucionales públicos deben asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural*" (62). Para ello se han creado centros interculturales con facilitadores lingüísticos y capacitado a facilitadores interculturales en las regiones de Arica y Parinacota, Iquique y Antofagasta (para Aymaras), en Región Metropolitana de Santiago (para migrantes), Biobío, Araucanía y Los Lagos (para Mapuche).

## c. Desarrollo de recursos humanos (FESP 8).

Se ha mencionado previamente que la fuerza de trabajo es un elemento clave de todos los sistemas sanitarios. Estudios muestran que el número y la calidad de los trabajadores sanitarios se relacionan con la cobertura de inmunización, el alcance de la atención primaria y la supervivencia de los lactantes, los niños y las madres; también se ha visto que la calidad de los médicos y la densidad de su distribución se correlacionan con resultados positivos en el ámbito de las enfermedades cardiovasculares (63). En este sentido, los recursos humanos son clave para alcanzar las metas de cobertura universal de salud (64).

Al Ministerio de Salud, en su rol de Autoridad Sanitaria, le corresponde ejercer el rol de rectoría, definir políticas para identificar y fomentar el desarrollo de los recursos humanos que el país necesita y asegurar la calidad y disponibilidad de estos recursos.

La formación del personal de salud está a cargo de las universidades e institutos de formación técnica, cuyo número ha ido aumentando en los últimos años. El Ministerio de Salud trabaja coordinadamente con estas instituciones para cerrar las brechas de personal tanto en número como en calidad, adecuando los perfiles de egreso a las necesidades del sector salud y a la implementación del modelo de atención propuesto (65). En este sentido, se han realizado estudios para evaluar la articulación de la oferta de personal sanitario con las necesidades que tiene el país, de manera de monitorear la brecha existente. Estos estudios demuestran que, a pesar del aumento de las carreras de la salud, existe un déficit de personal sanitario en comparación con los países de la OCDE; así, por ejemplo, en 2015 la razón de médicos por 1.000 habitantes fue de 2,1 en Chile frente a un promedio de 3,4 para los países de la OCDE. En el caso de las enfermeras la diferencia es aún mayor, siendo de 2,1 en Chile y 9 enfermeras por 1.000 habitantes en promedio para los países de la OCDE (66).

Existen también problemas de distribución a lo largo del territorio nacional, siendo esto especialmente relevante en el caso de los médicos especialistas, donde se observa que la mayor concentración está en la Región Metropolitana, con una tasa 13,5 especialistas por 10.000 habitantes, 3 veces más que en las regiones de Atacama y del Maule (11).

Para asegurar la calidad del recurso humano, las carreras de medicina y odontología deben someterse a un proceso de acreditación de carrera por parte del Consejo Nacional de Acreditación, que es adicional a la acreditación de las universidades. El proceso de acreditación de carrera es opcional para las otras carreras de la salud, pero la mayor parte de las universidades lo ha solicitado. El objetivo de este proceso es certificar la calidad de las carreras y los programas ofrecidos por las instituciones de educación superior (67).

En el caso de los médicos-cirujanos, se exige la rendición del Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (Eunacom), para ejercer en el sector público o entregar prestaciones a través de la modalidad de libre elección de Fonasa, al que deben someterse tanto médicos chilenos como extranjeros (68).

El Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, de acceso público, facilita la identificación y fiscalización los prestadores habilitados legalmente para ejercer una profesión de salud en nuestro país. En la página web de esta institución cualquier persona puede consultar por la habilitación profesional de su equipo tratante (69). Como se mencionó en el capítulo V, al 31 de diciembre de 2017, se identifican 506.105 técnicos y profesionales de salud inscritos en este registro, 5 veces más que el número registrado en 2010 (70).

Asimismo, existe un sistema para la certificación de especialidades y subespecialidades médicas, odontológicas, farmacéuticas o químicas-farmacéuticas y bioquímicas, a cargo de entidades certificadoras, todos ellos deben figurar en el registro de prestadores (71).

El sector público de salud define también políticas de desarrollo y evaluación de sus recursos humanos, a través de estrategias para atraer y mantener recursos humanos en el sector, de selección en base a criterios objetivos, transparentes e informados, de supervisión y evaluación del desempeño, de comunicación para fomentar la adhesión e integración de los objetivos estratégicos y operacionales del sector, entregando oportunidades de capacitación, formación y desarrollo profesional (65).

## d. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos (FESP 9).

Por servicios de calidad se entiende la entrega del cuidado adecuado, en el momento oportuno, respondiendo a las necesidades y preferencias de los usuarios, al mismo tiempo que minimiza el daño y el uso inadecuado de recursos. Los servicios de calidad aumentan la probabilidad de obtener el resultado de salud deseado y son consistentes con el conocimiento actual. La calidad de los servicios de salud se basa en 4 pilares fundamentales (72):

- Asegurar la calidad de la fuerza de trabajo en salud.
- Asegurar la excelencia en los establecimientos de atención.
- Asegurar el uso seguro y efectivo de los medicamentos y tecnologías sanitarias.
- Asegurar el uso efectivo de los sistemas de información en salud.

El Ministerio de Salud es responsable de impulsar políticas que promuevan la calidad de los servicios en estos cuatro ámbitos, el primero de los cuales, referido a las políticas de calidad para la fuerza de trabajo, fue revisado en el apartado anterior.

Tal como se señala en el capítulo V, la excelencia en los establecimientos de atención, se asegura a través del cumplimiento de estándares mínimos, definidos por el Ministerio de Salud, en cumplimiento de la ley de Autoridad Sanitaria. Estos estándares, definidos tanto para la autorización como para la acreditación de los establecimientos, son obligatorios para los prestadores institucionales de salud, tanto públicos como privados, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios:

- La autorización sanitaria es un requisito obligado para todos los establecimientos asistenciales. En el proceso de autorización, que realiza la Secretaría Ministerial de Salud correspondiente, se verifica que se cumplan las condiciones mínimas para brindar atención en relación a la infraestructura, al equipamiento, condiciones de seguridad e higiene, y aspectos organizacionales y de recursos humanos (73).

- La acreditación, previamente abordada en el capítulo V, es un proceso que opera desde 2007, realizado por entidades acreditadoras y administrado por la Superintendencia de Salud, que está destinado a los prestadores institucionales autorizados que deseen resolver patologías GES desde el nivel primario. Para el resto de los establecimientos la

acreditación es voluntaria (74). Según datos de la Superintendencia de Salud, hasta el 30 de junio de 2018, existían 423 prestadores Institucionales acreditados (75).

Respecto a la calidad de los medicamentos y tecnologías, el Instituto de Salud Pública es el responsable de fiscalizar los procesos de acreditación de laboratorios clínicos, y la mantención de los estándares en aquellos que ya fueron acreditados (76), siendo también encargado del control de calidad de medicamentos, alimentos de uso médico y demás productos sujetos a control sanitario, tal como se detalla en el cuadro VIII. 4.

## e. Reducción del impacto de emergencias y desastres (FESP 11)

El Ministerio de Salud integra el Sistema Nacional de protección Civil frente a emergencias y desastres, que lidera la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI). Dentro de este sistema, el Ministerio de Salud tiene las funciones de (77):

- Garantizar continuidad de la atención de salud (traslado de pacientes, readecuación de dependencias, reorganización de la red asistencia, fortalecimiento de equipos de atención).
- Coordinar el despliegue de equipos de respuesta rápida, incluyendo salud mental.
- Fortalecer la vigilancia epidemiológica, la vigilancia y control de los riesgos ambientales.
- Elaborar y ejecutar protocolos y planes de emergencia y desastres para todos los niveles de atención de salud.
- Coordinar las acciones y responsabilidades aprobadas de acuerdo al plan de emergencia sectorial.

Existen planes específicos en materias de situaciones de emergencias por enfermedades transmisibles, que están reguladas por el Reglamento Sanitario Internacional, por problemas ambientales, emergencias químicas, entre otras.

## 2. El Código Sanitario

El Código Sanitario es el cuerpo legal que establece la normativa relacionada con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de Chile, con excepción de los temas sometidos a otras leyes (41). De esta forma el código es el principal fundamento legal para la ejecución de los servicios de salud pública, que son aquellas actividades destinadas a crear las condiciones para que las personas puedan mantenerse saludables, mejorar su salud y bienestar, o prevenir el deterioro de su salud (2).

En Chile, la responsabilidad principal de la ejecución de los servicios de salud pública definidos por el Código Sanitario es del Estado, se financian con impuestos generales y su provisión recae en la Autoridad Sanitaria, que según la ley Nº19.937, está constituida por el Ministerio de Salud, las Seremis de Salud e ISP (74). Las acciones que define este cuerpo legal son responsabilidad indelegable de la autoridad sanitaria, porque su fin principal es contribuir al bien común, a diferencia de los servicios asistenciales que benefician al individuo, para los cuales el Estado tiene el rol de garantizar el acceso.

Estas entidades no solo deben ejecutar directamente actividades específicas de salud pública, sino que también deben movilizar, articular y orientar a otros actores sociales e instituciones para asegurar el cumplimiento de estas tareas; entre estos actores están la Superintendencia de Salud en materia de regulación de seguros de salud y acreditación de prestadores, la Superintendencia de Servicios Sanitarios en relación a calidad del agua potable y alcantarillado o las municipalidades en actividades de promoción y protección de la salud.

Muchos de los servicios de salud pública contenidos en el código son acciones de tipo colectivo, estando dirigidas a las comunidades y no permitiendo la “apropiación individual”, es decir, que el consumo de estos bienes por una persona no impide o reduce las probabilidades de consumo del resto de la población, e implican un beneficio para toda la población sin discriminar por previsión o nacionalidad. Este es el caso, por ejemplo, de las campañas de educación en salud o las intervenciones que se realizan sobre objetos y entidades, como la inspección sanitaria de los alimentos, restaurantes y el control de las farmacias.

Sin embargo, en algunos casos, también el código obliga la provisión de servicios personales a individuos, destinados a la promoción y prevención específica, como por ejemplo, el control prenatal, las vacunaciones, las consejerías de salud, y el diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades transmisibles como la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual (50). Esta situación responde a la definición legal que ha hecho cada país de asumir la responsabilidad en la prestación de algunos servicios, basada en su situación de salud y en el beneficio que estas acciones producen a la salud colectiva.

En el caso de los servicios individuales de salud pública, la responsabilidad continúa en el Estado, pero la ejecución se realiza en la red asistencial pública y privada, su financiamiento se hace con cargo al presupuesto fiscal, que proviene de los impuestos generales, y no de las cotizaciones, y no tienen copago. Por ejemplo, las vacunas del programa nacional de inmunizaciones son compradas con presupuesto de la Subsecretaría de Salud Pública y son aplicadas en los centros de salud públicos y en los vacunatorios privados acreditados, quienes solo pueden cobrar por la aplicación, pero no por el producto vacuna.

Cada uno de los libros del código involucra la realización de servicios de salud pública, por ejemplo, en el libro I del código se define el derecho de toda mujer embarazada y de los niños menores de un año de acceder a los controles de salud, independiente de la condición previsional (cuadro VIII.5).

**Cuadro VIII. 5. Estructura y contenidos del Código Sanitario**

| | | |
|---|---|---|
| **Título Preliminar** | Disposiciones generales<br>De los servicios de salud<br>De las atribuciones y obligaciones sanitarias de las Municipalidades | |
| **LIBRO I** | De la protección y promoción de la salud | Título I De la protección materno-infantil<br>Título II De las enfermedades transmisibles<br>Título III De los laboratorios de salud pública<br>Título IV De las estadísticas sanitarias<br>Título V De la divulgación y educación sanitaria |
| **LIBRO II** | De la profilaxis sanitaria internacional | Título I Definiciones<br>Título II De la protección sanitaria internacional |
| **LIBRO III** | De la higiene y seguridad del ambiente y de los lugares de trabajo | Título I Normas generales<br>Título II De la higiene y seguridad del ambiente<br>Título III De la higiene y seguridad de los lugares de trabajo<br>Título IV De otros factores de riesgo (contaminación del aire, ruidos y vibraciones, sustancias tóxicas o peligrosas) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **LIBRO IV** | De los productos farmacéuticos, alimentos de uso médico, cosméticos y productos alimenticios | Título I | Normas comunes |
| | | Título II | De los productos farmacéuticos, alimentos de uso médico y cosméticos |
| | | Título III | De los productos alimenticios |
| **LIBRO V** | Del ejercicio de la medicina y profesiones afines | | |
| **LIBRO VI** | De los establecimientos del área de la salud | Título I | De los establecimientos asistenciales de salud |
| | | Título II | De los establecimientos de óptica y de otros elementos de uso médico y de otros elementos de uso médico |
| | | Título III | De los establecimientos del área farmacéutica |
| **LIBRO VII** | De la observación y reclusión de los enfermos mentales, de los alcohólicos y de los que presenten estado de dependencia de otras drogas y sustancias. | | |
| **LIBRO VIII** | De las inhumaciones, exhumaciones y traslado de cadáveres | | |
| **LIBRO IX** | Del 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 | | |
| **LIBRO X** | De los procedimientos y sanciones | Título I | De la inspección y allanamiento |
| | | Título II | Sumario Sanitario |
| | | Título III | De las sanciones y medidas sanitarias |

Fuente: Decreto con fuerza de Ley 725 (1968) (41)

*En síntesis, en este capítulo hemos revisado la contribución de la salud pública al sistema de salud chileno, acciones que se ejecutan por organismos públicos y que se financian exclusivamente con aporte fiscal, proveniente de impuestos generales. Se explicó el concepto de funciones esenciales de salud pública, que alude a las responsabilidades indelegables del Estado en materia de salud, relacionadas con la evaluación, diseño de políticas y la garantía de acceso a servicios, que ejecutan diferentes organismos públicos que forman parte del sistema y se profundizó en los servicios de salud pública, y cuya ejecución realiza la autoridad sanitaria. Además, se abordó el Código Sanitario, que establece la normativa relacionada con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de Chile.*

## Bibliografía


1. Sir Donald Acheson. Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development to the Public Health Function. Dept.of Health & Social Security. Great Britain, editor. Stationery Office Books; 1988. 103 p.

2. Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. The Future of Public Health [Internet]. National Academies Press (US), editor. Washington (DC); 1988. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218218/

3. Organización panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. La Salud Pública en las Américas [Internet]. Washington; 2002 [cited 2018 Oct 25]. Available from: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf

4. Organización Mundial de la Salud. Essential Public Health Functions, Health Systems and Health Security. Developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2018 Nov 8]. Available from: http://apps.who.int/bookorders.

5. Centers of Disease Control and Prevention. Public Health System and the 10 Essential Public Health Services [Internet]. [cited 2019 Mar 29]. Available from: https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html

6. Ministerio de Salud de Chile, Programa Nacional para el Contro y Eliminacion de la Tuberculosis. Normas Técnicas para el control y eliminacion de la Tuberculosis [Internet]. 2014. Available from: http://web.minsal.cl/sites/default/files/NORMA_TECNICA_TUBERCULOSIS.pdf

7. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis [Internet]. [cited 2018 Nov 7]. Available from: https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-enfermedades-transmisibles/tuberculosis/

8. Ministerio de Salud. El aporte del program de salud cardiovascular al cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011-2020 [Internet]. Santiago; [cited 2018 Nov 7]. Available from: https://redcronicas.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/04/Aporte-del-PSCV-al-cumplimiento-de-los-objetivos-sanitarios-2011-2020.pdf

9. Ministerio de Salud. Salud Cardiovascular – Riesgo y Prevención - [Internet]. [cited 2018 Nov 7]. Available from: https://redcronicas.minsal.cl/programa-de-salud-cardiovascular/

10. Ministerio de Salud. AUGE/GES [Internet]. [cited 2018 Nov 7]. Available from: https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/

11. Ministerio de Salud. Informe sobre brechas de personal de salud en los servicio de salud y estado de situaciónd e los recursos humanos de salud en Chile [Internet]. Santiago; 2018 [cited 2018 May 31]. Available from: http://www.senado.cl/site/presupuesto/2018/cumplimiento/Glosas 2018/tercera subcomision/16 Salud/2135 Salud.pdf

12. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información en Salud [Internet]. [cited 2018 Jan 29]. Available from: http://www.deis.cl/

13. Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta Casen [Internet]. [cited 2018 Oct 26]. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php

14. Ministerio de Salud. Decreto 158. Reglamento sobre notificación de enfermedades transmisibles de declaración obligatoria [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2015 p. 5–6. Available from: http://bcn.cl/1uywv

15. Ministerio de salud de Chile. Normas Técnicas de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles [Internet]. Chile; 2000. Available from: https://www.senferdialt.cl/sites/default/files/library/NORMA TECNICA No 55 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.pdf

16. Ministerio de Salud. Encuestas Poblacionales [Internet]. [cited 2018 Oct 26]. Available from: http://epi.minsal.cl/encuestas-poblacionales/

17. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (Senda). Observatorio Chileno de Drogas. Estudios [Internet]. [cited 2019 Nov 18]. Available from: http://www.senda.gob.cl/observatorio/estudios/

18. Servicio Nacional de la Discapacidad. II Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile [Internet]. [cited 2018 Nov 6]. Available from: https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad

19. Ministerio de Salud. Resolución Exenta No 1121. Aprueba Norma Técnica No 72, sobre registros poblacionales de cáncer [Internet]. 2004 [cited 2018 Oct 30]. Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/NORMA72registrocancer1.pdf

20. Ministerio de Salud de Chile. Primer informe de registros poblacionales de cancer de Chile, quinquenio 2003-2007 [Internet]. Santiago, Chile; 2012. Available from: http://epi.minsal.cl/epi/0no-transmisibles/cancer/INFORME RPC CHILE 2003-2007, UNIDAD VENT, DEPTO.EPIDEMIOLOGIA-MINSAL,13.04.2012.pdf

21. Ministerio de Salud. Directrices Registro Nacional de Cáncer Infantil de base poblacional [Internet]. 2004 [cited 2018 Oct 30]. Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/07/LINEAMIENTOS-VIGILANCIA-CANCER-INFANTIL-RENCI-DEPTO.-EPIDEMIOLOGIA-MINSAL.pdf

22. Ministerio de Salud. Informe Registro Nacional de Cáncer Infantil 2007-2011 [Internet]. Santiago de Chile; 2012. Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Informe_RENCI_2007-2011Registro-Nacional-Cáncer-InfantilDepto.EpidemiologíaMINSAL2018.pdf

23. Ministerio de Salud de Chile. Registro Nacional del Cáncer Infantil [Internet]. [cited 2018 Oct 30]. Available from: http://epi.minsal.cl/registro-nacional-del-cancer-infantil/

24. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de Trabajadores y Trabajadoras de Chile (ENETS) [Internet]. [cited 2018 Nov 6]. Available from: http://epi.minsal.cl/encuesta-enets/

25. Superintendencia de Salud. Satisfacción usuaria [Internet]. [cited 2018 Nov 6]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-2648.html

26. Instituto de Salud Pública de Chile. Medicamentos [Internet]. [cited 2018 Nov 7]. Available from: http://www.ispch.cl/anamed_/medicamentos_

27. Valdés GS, Armas RM, Reyes HB. Principales características de la investigación biomédica actual, en Chile Main characteristics of current biomedical research, in Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2012 [cited 2018 Nov 29];140:484–92. Available from: https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v140n4/art09.pdf

28. Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Compendio Estadístico CONICYT año de referencia 2017. Plataforma interactiva de información general CONICYT 2008-2017 [Internet]. [cited 2019 Mar 29]. Available from: https://www.conicyt.cl/documentos-y-estadisticas/estadisticas/estadisticas-generales/compendio-estadistico-conicyt-ano-de-referencia-2017/

29. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Ley 20.500 de febrero de 2011. Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. [Internet]. 2011. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1023143

30. Aguilera X, Alfaro T, Castillo C, Delgado I, González C, Hirmas M, et al. Informe Final Contrato de Servicios para la Aplicación del instrumento de monitoreo y evaluación de acceso y cobertura universal en salud OPS/OMS en Chile. Santiago de Chile; 2015.

31. Ministerio de Salud. Ley 20.660: Modifica Ley No 19.419, en materia de ambientes libres de humo de tabaco [Internet]. Chile; 2013. Available from: http://bcn.cl/1uwjh

32. Ministerio de Salud de Chile. Ley 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad [Internet]. Santiago de Chile, Chile; 2015. Available from: http://bcn.cl/1uxwz

33. Ministerio de Salud. Ley de Alimentos. Nuevo etiquetado de alimentos [Internet]. [cited 2019 May 8]. Available from: https://www.minsal.cl/ley-de-alimentos-nuevo-etiquetado-de-alimentos/

34. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Primeros resultados [Internet]. 2017. Available from: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS_2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

35. Riumalló J, Pizarro T, Lorena Rodríguez D, Benavides NX. Programas de Suplementación Alimentaria y de Fortificación de Alimentos con Micronutrientes en Chile. Cuad Médico Soc [Internet]. 2004 [cited 2018 Nov 23];43(1):53–60. Available from: https://www.minsal.cl/portal/url/item/62d22b88937b1de8e04001011f014992.pdf

36. Ministerio de Desarrollo Social. Ley 20.670. Crea el Sistema Elige Vivir Sano [Internet]. 2013. Available from: http://bcn.cl/1v3fx

37. Gobierno de Chile. Elige Vivir Sano [Internet]. [cited 2018 Oct 30]. Available from: http://eligevivirsano.gob.cl/

38. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010. [Internet]. Aguillera X, Gonzalez C, Guerrero A, Bedrega P, Milosavjlevic V, editors. Santiago de Chile; 2002. Available from: https://www.minsal.cl/portal/url/item/6bdb73323d19be93e04001011f013325.pdf

39. Ministerio de Salud. Objetivos Sanitarios de la década 2000-2010. Evaluación al final de período [Internet]. Chile; 2010. Available from: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/94c89f56c4e270b0e04001011e011c9c.pdf

40. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 [Internet]. Santiago; 2011. Available from: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf

41. Ministerio de Salud Pública. Decreto con Fuerza de Ley 725 del 31 de enero de 1968. Código Sanitario [Internet]. Chile; 1968. Available from: http://bcn.cl/1uvr5

42. Gobierno Transparente. Gobierno de Chile. Potestades, competencias, responsabilidades, funciones, atribuciones y/o tareas. Instituto de Salud Pública [Internet]. [cited 2018 Nov 21]. Available from: http://transparencia.redsalud.gov.cl/transparencia/public/isp/potestades.html

43. Minsiterio de Salud de Chile. D.F.L 1 de 2005. Fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las leyes N°S. 18.933 Y N° 18.469 [Internet]. Santiago de Chile: ley de Autoridad Sanitaria; 2005. Available from: http://bcn.cl/1uxnu

44. Superintendencia de Salud. Atribuciones de la Institución [Internet]. [cited 2018 Nov 21]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-propertyvalue-6117.html

45. Gobierno Transparente. Gobierno de Chile. Facultades, funciones y atribuciones de sus unidades u órganos internos. Seremi de Salud [Internet]. [cited 2018 Nov 21]. Available from: http://webhosting.redsalud.gov.cl/transparencia/public/seremirm/facultades.html

46. Ministerio de Salud. Decreto N°9 de 2017. Aprueba Convenios que prorrogan asunción de funciones del Instituto de Salud Pública de Chile para ser asumidas por las Seremis de Salud en el ámbito de autorización, control y fiscalización sanitaria de establecimientos y productos f [Internet]. Santiago de Chile; Available from: https://www.leychile.cl/N?i=1100997&f=2017-03-15&p=

47. Instituto de Salud Pública. Funciones: Departamento Salud Ocupacional. [Internet]. [cited 2019 May 7]. Available from: http://www.ispch.cl/saludocupacional/funciones

48. Instituto de Salud Pública de Chile. Funciones: Departamento Salud Ambiental [Internet]. [cited 2019 Sep 6]. Available from: http://www.ispch.cl/saludambiental/funciones

49. Seremi de Salud Metropolitana. Seremi Metropolitana [Internet]. [cited 2018 Nov 21]. Available from: http://seremi13.redsalud.gob.cl/

50. World Health Organization. Regional Office for Europe. Public Health Services [Internet]. Available from: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services

51. Ministerio de Salud. Indicadores Básico de Salud. Chile 2016 [Internet]. Santiago; 2016 [cited 2018 Nov 22]. Available from: http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2018/10/IBS-2016_publicar-1.pdf

52. Departamento de Estadística e Información en Salud. Ministerio de Salud. Cobertura [Internet]. [cited 2019 Mar 29]. Available from: http://www.deis.cl/cobertura/

53. Ministerio de Planificación. Ley 20.379. Crea el sistema intersectorial de protección social e institucionaliza el subsistema de protección integral a la infancia “Chile Crece Contigo” [Internet]. Chile, Chile; 2009. Available from: www.leychile.cl

54. Ministerio de Desarrollo Social. ¿Qué es el Chile Crece Contigo? [Internet]. Santiago de Chile; 2015. Available from: http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf

55. Ministerio de Salud. Ley 19.966 del 25 de agosto de 2004, Establece un régimen de garantías en Salud. [Internet]. Chile; 2004. Available from: http://bcn.cl/1uyp6

56. Ministerio de Salud de Chile. Ley 20.850 del 1 de junio de 2015. Crea un sistema de protección finaciera para diagnósticos de alto costo y rinde homenaje póstumo a Don Luis Ricarte Soto Gallegos [Internet]. Chile; 2015. Available from: http://bcn.cl/1v7lo

57. Ministerio de Salud. Ley Ricarte Soto [Internet]. Web Page. [cited 2018 Nov 23]. Available from: https://www.minsal.cl/leyricarte/

58. Ministerio de Salud. Decreto 47 de diciembre 2017. Determina los diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera de la ley n° 20.850 [Internet]. Santiago de Chile; 2017. Available from: http://bcn.cl/24450

59. Ministerio de Desarrollo Social. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) [Internet]. 2016 [cited 2019 Mar 29]. Available from: http://www.senado.cl/site/presupuesto/2017/cumplimiento/Glosas 2017/primera_subcomision/21 Des. Social/3953SES/Inf monitioreo cierre 2016/Salud/SUBS REDES/Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)(Seguimiento)

60. Ministerio de Salud -Banco Mundial. Plan para Pueblos Indígenas Proyecto de Apoyo al Sector Salud [Internet]. Santiago; 2017 [cited 2018 Nov 22]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/04/PPI-_Chile_HESSP-7-de-abril-2017-MINSAL-OK.pdf

61. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Tecnicas 2016. Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas. Guia Metodologica Para La Gestion del Programa [Internet]. 2016. Available from: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/030.OT-y-Guia-Pueblos-indigenas.pdf

62. Ministerio de salud de Chile. Ley 20.584 del 13 de abril de 2012. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud [Internet]. Chile; 2012. Available from: http://bcn.cl/1uw7l

63. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo 2006. Colaboremos por la salud [Internet]. Ginebra; 2006 [cited 2018 Nov 26]. Available from: http://www.who.int/whr/2006/whr06_overview_es.pdf?ua=1

64. Jimba M, Cometto G, Yamamoto T, Shiao L, Huicho L. Health workforce:the critical pathway to universal health coverage. Background paper for the global symposium on health system research. World Health Organization for the First Global Symposium on Health Systems Research [Internet]. Montreux; 2010 [cited 2018 Nov 26]. Available from: www.hsr-symposium.org

65. Miniserio de Salud. Políticas de recursos humanos de salud 2012 [Internet]. Santiago; 2012 [cited 2018 Nov 26]. Available from: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/politica_rhs_chi2012.pdf

66. Organisation for Economic Cooperation and Development, Organisation for Economic Cooperation and Development. Health at a Glance 2017 OECD Indicators [Internet]. OECD Publi. Paris: OECD; 2017 [cited 2019 May 16]. (Health at a Glance). Available from: http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm

67. Ministerio de Educación. Ley 20.129, Estable un sistema nacional de aseguramiento de la calidad de la educación superior [Internet]. Santiago; 2006 [cited 2018 Nov 27]. Available from: www.leychile.cl-documentogeneradoel04-jul-2018url:https://www.leychile.cl/N?i=255323&f=2018-05-29&p=LEYNUM.20.129

68. Ministerio de Salud. Ley 20.261 de abril de 2008. Crea Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina [Internet]. 2008. Available from: https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=270584&tipoVersion=0

69. Superintendencia de Salud. Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud [Internet]. 2016 [cited 2016 Jul 28]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/w3-article-5587.html

70. Superintendencia de Salud. Estadísticas de prestadores individuales de salud. 1 de abril de 2009 al 31 de diciembre de 2017 [Internet]. Santiago; 2017 [cited 2018 Nov 26]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-16582_recurso_1.pdf

71. Ministerio de salud de Chile. Subsecretaria de Redes Asistenciales. Decreto N°8 de 2017. Reglamento de certificación de las especialidades de los prestadores individuales de salud y de las entidades que las otorgan. [Internet]. 2017. Available from: http://bcn.cl/1vqu2

72. World Health Organization, World Bank, Organization for Economic Cooperation and Develpment. Delivering quality health services. A global imperative for universal health coverage [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2018 Nov 27]. 100 p. Available from: http://apps.who.int/bookorders.

73. Ministerio de Salud. Decreto 58 de 2009. Aprueba normas técnicas básicas para la obtención de autorización sanitaria de los establecimientos asistenciales [Internet]. Santiago de Chile; 2009. Available from: http://bcn.cl/1veuz

74. Ministerio de Salud. Ley 19.937 del 24 de febrero de 2004. Modifica el D.L. No 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana [Internet]. Chile; 2004. Available from: http://bcn.cl/1uw7c

75. Superintendencia de Salud. Estadísticas de Prestadores Institucionales Acreditados [Internet]. Santiago; 2018 [cited 2018 Nov 28]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-17617_recurso_1.pdf

76. Superintendencia de Salud. Guía práctica para el proceso de acreditación de prestadores institucionales de salud [Internet]. Santiago; 2016 [cited 2018 Nov 28]. Available from: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8981_guia_practica_acreditacion.pdf

77. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Decreto 1434. Aprueba Plan Nacional de Emergencia [Internet]. Santiago de Chile; 2017. Available from: http://bcn.cl/21qav

# GLOSARIO

| | |
|---|---|
| **ACHS** | Asociación Chilena de Seguridad |
| **ADP** | Sistema de Alta Dirección Pública |
| **AFSA** | Administrador Financiero del SISAN |
| **APS** | Atención Primaria de Salud |
| **Asimet** | Asociación de Industriales Metalúrgicos y Metalmecánicos |
| **Asiva** | Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua |
| **Asmar** | Astilleros y Maestranzas de la Armada |
| **AVISA** | Asociación de Industriales de Valparaíso y Aconcagua |
| **CAEC** | Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas |
| **Canaempu** | Caja de Empleados Públicos y Periodistas |
| **Capredena** | Caja de Previsión de la Defensa Nacional |
| **CCAF** | Cajas de Compensación de Asignación Familiar |
| **CEAFOSS** | Centro Ejecutivo Administrador de los Fondos de Salud SISAF |
| **CDC** | Centers for Disease Control and Prevention |
| **CDT** | Centros de Diagnóstico Terapéutico |
| **CECOF** | Centro Comunitario de Salud Familiar |
| **Cenabast** | Central Nacional de Abastecimiento |
| **Cesfam** | Centro de Salud Familiar |
| **Compin** | Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez |
| **Comere** | Comisión Médica de Reclamos |
| **Conicyt** | Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica |
| **Cosale** | Comando de Salud del Ejército |
| **CRS** | Centro de Referencia de Salud |
| **CUS** | Cobertura Universal de Salud |
| **DFL** | Decreto con Fuerza de Ley |
| **DGAC** | Dirección General de Aeronáutica Civil |
| **Digeder** | Dirección General de Deportes y Recreación |
| **Dipreca** | Dirección de Previsión de Carabineros de Chile |
| **Empart** | Caja de Empleados Particulares |

| | |
|---|---|
| **Enaer** | Empresa Nacional Aeronáutica de Chile |
| **Eunacom** | Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina |
| **FACH** | Fuerza Aérea de Chile |
| **FFAA** | Fuerzas Armadas |
| **Famae** | Fábricas y Maestranzas del Ejército |
| **FAPEM** | Mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipalizados |
| **FESP** | Funciones Esenciales de Salud Pública |
| **Fonasa** | Fondo Nacional de Salud |
| **Fondecyt** | Fondo de Investigación Científica y Tecnológica |
| **Fondef** | Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico |
| **Fonis** | Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud |
| **GES** | Garantías Explícitas en Salud |
| **Hoscar** | Hospital de Carabineros |
| **INE** | Instituto Nacional de Estadísticas |
| **INP** | Instituto de Normalización Previsional |
| **IOM** | Institute of Medicine |
| **Isapres** | Instituciones de Salud Previsional |
| **ISL** | Instituto de Salud Laboral |
| **ISP** | Instituto de Salud Pública |
| **IST** | Instituto de Seguridad del Trabajo |
| **Jeafosale** | Jefatura Ejecutiva de Fondos de Salud del Ejército |
| **MAI** | Modalidad de Atención Institucional |
| **MAIS** | Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria |
| **MLE** | Modalidad Libre Elección |
| **Minsal** | Ministerio de Salud |
| **OCDE** | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD) |
| **ODS** | Objetivos de Desarrollo Sostenible (Sustainable Development Goals-SDG) |

| | |
|---|---|
| **OIT** | Organización Internacional del Trabajo (International Labour Organization-ILO) |
| **OMS** | Organización Mundial de la Salud (World Health Organization-WHO) |
| **ONEMI** | Oficina Nacional de Emergencia |
| **OPS** | Organización Panamericana de la Salud (Panamerican Health Organization-PAHO) |
| **PDI** | Policía de Investigaciones |
| **PESPI** | Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas |
| **PIB** | Producto Interno Bruto |
| **PNAC** | Programa Nacional de Alimentación Complementaria |
| **PACAM** | Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor |
| **Protinfa** | Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia |
| **PSF** | Plan de Salud Familiar |
| **RISS** | Redes Integradas de Servicios de Salud |
| **SCC** | Servicio del Seguro Social |
| **Secosa** | Seguro Colectivo Complementario de Salud |
| **Senadis** | Servicio Nacional de la Discapacidad |
| **Seremis** | Secretarías Regionales Ministeriales |
| **Sermena** | Servicio Médico Nacional de Empleados |
| **Sisae** | Sistema de Salud del Ejército |
| **Sisaf** | Sistema de Salud de la Fuerza Aérea |
| **Sisan** | Sistema de Salud de la Armada |
| **SIL** | Subsidio por Incapacidad Laboral |
| **Sofofa** | Sociedad de Fomento Fabril |
| **SNS** | Servicio Nacional de Salud |
| **SNSS** | Sistema Nacional de Servicios de Salud |
| **SSC** | Servicio de Seguro Social |
| **Suseso** | Superintendencia de Seguridad Social |
| **VIH** | Virus de Inmunodeficiencia Humana |

Facultad de Medicina
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo
Centro de Epidemiología y Políticas de Salud

*Nuestro sistema es complejo, con aseguradores y prestadores públicos y privados. Está conformado por un gran sector público, que asegura a cerca del 78% de la población, un sector privado que da cuenta del 14,4% y los subsistemas de las Fuerzas Armadas y de Orden y Seguridad que cubren al 3% restante de la población. Paralelamente, para los trabajadores, se agrega el subsistema de salud ocupacional. Cada uno de estos componentes se estructura y organiza a partir de diversas leyes y normativas, existiendo, además, interacciones entre todos ellos, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.*