

SALUD POST PANDEMIA

Propuestas para avanzar hacia un sistema de salud más resolutivo, equitativo y solidario

Protección familiar y seguridad social

SALUD POST PANDEMIA:

Propuesta para avanzar hacia un sistema de salud más
resolutivo, equitativo y solidario.

• • •

POR JAIME LINDH ¹
Noviembre, 2020

RESUMEN

La crisis política y sanitaria del último año han puesto en manifiesto nuevamente las falencias del sistema de salud chileno. Primero, el sistema estatal presenta serios problemas para prestar una atención oportuna. A septiembre del 2019, el total de la lista de espera para acceder a una consulta con un especialista correspondía a 1.942.352 casos. Segundo, el sistema estatal tiene problemas de equidad. A septiembre del año pasado, se observan diferencias en hasta de 1 año y 10 meses para acceder a una consulta médica en función del lugar de residencia. En general, cuando un sistema no genera los resultados deseados, se debe a un déficit de recursos y/o problema en la gestión. En el caso del sistema estatal chileno, si bien la experiencia comparada muestra que el sistema tiene rezagos en la disponibilidad de recursos tanto físico como humano, también es cierto sus profundas ineficiencias. Por de pronto, en el periodo 2014-2017, a pesar de que los recursos al sistema estatal aumentaron en un 28%, la producción sanitaria, medida en términos de egresos hospitalarios, aumentó tan sólo un 5% (Comisión Nacional para la Productividad, 2020). Por ello, tras analizar el sistema estatal, se propone mejoras que apuntan principalmente a mejorar la gestión a nivel primario, hospitalaria y de la red. Primero, se sugiere hacer todos los esfuerzos para cambiar de enfoque desde una atención centrada en el hospital hacia una centrada en la atención primaria. Se recomiendan cambios en el financiamiento para mejorar la resolutividad, medidas para fortalecer la capacidad instalada y fomentar el involucramiento comunitario. Segundo, si bien es relevante mejorar varios aspectos

¹ Ingeniero Comercial. Investigador IdeaPaís.

de la gestión de los establecimientos hospitalarios, se recomienda enfocarse en mejorar los mecanismos de rendición de cuenta, en particular, instaurando en cada Servicio de Salud un gobierno cooperativo, con mayores facultades de planificación, gestión de recursos humanos y evaluación. Finalmente, el informe analiza el sistema mixto de aseguramiento con el fin de identificar propuestas para mejorar los niveles de cobertura financiera. A nivel general, se sugiere avanzar de manera gradual y responsable hacia un esquema integrado de multiseuros, en donde se implemente un plan de salud universal estandarizado en ambos sistemas y un Fondo de Compensación Solidario por etapas. Las propuestas de este informe son relevantes para buscar salidas a la crisis política-social del país, pero sobre todo se vuelven más significativas dado el próximo debate constitucional, el cual estará marcado por la discusión sobre los derechos sociales. En este sentido, más allá de los que se establezca en el texto constitucional, la capacidad real para entregar una prestación de salud oportuna y equitativa y brindar una mayor cobertura a la población chilena dependerá sobre todo de las políticas públicas que se discutirán en los próximos meses.

I. INTRODUCCIÓN

En el último año el país ha experimentado dos crisis significativas. En primer lugar, una política, la cual desembocó, tras masivas movilizaciones iniciadas en octubre del 2019, en un inédito calendario de cambio constitucional. Y, en segundo término, una crisis sanitaria provocada por la pandemia del COVID-19, que ha obligado implementar medidas drásticas de distanciamiento social, cuarentenas obligatorias, cierre de escuelas, universidades y comercio.

Si bien es probable que pasen años antes de comprender los motivos y efectos que traerán estas crisis en el país, ambas tienen un denominador común: el sistema de salud. En el primer caso, como una posible fuente de malestar ciudadano. En este sentido, aunque las manifestaciones sociales pueden asociarse a fallas de nuestra institucionalidad política (i.e. problema de libre competencia, corrupción, ingobernabilidad, baja representación), es cierto también que hay un conjunto de problemas sociales que podrían explicar el descontento social, tal como pueden ser las dificultades que enfrentan los chilenos en materia de salud. Por de pronto, la encuesta CEP, realizada en diciembre del 2019, muestra que los problemas de salud están, junto con educación y salarios, entre las tres mayores urgencias ciudadana. En el segundo caso, la pandemia ha inclinado la atención hacia el sistema de salud y, en particular, sobre su capacidad para responder a una mayor demanda por prestación. Si bien es un fenómeno excepcional, la pandemia ha planteado interrogantes relevantes respecto a verdadera capacidad del sistema sanitario para ofrecer prestaciones de calidad, de manera oportuna y equitativa.

En este contexto, el presente informe estudia tanto el actual sistema de prestación estatal como el sistema mixto de aseguramiento con el propósito de identificar sus principales falencias para proponer posterior-

mente posibles líneas de solución. El próximo debate constitucional torna aún más necesaria esta tarea dado que la discusión sobre los derechos sociales marcará de manera significativa la agenda pública. Si bien la pertinencia de materializar las necesidades sociales de la población en derechos sociales o en metas solidarias escapan del alcance de este trabajo, en ambos casos hay un elemento claro: más allá de los que se establezca en el texto constitucional la capacidad real para entregar prestaciones de calidad y oportuna dependerá sobre todo de las políticas públicas de los próximos meses y años.

En respuesta a lo anterior, se plantea que el sistema sanitario chileno debe fijar entre sus prioridades el fortalecer la atención primaria de salud (APS). En esta línea, es fundamental migrar desde un enfoque centrado en el hospital hacia uno en que la atención primaria sea la verdadera “puerta de entrada” al sistema. Esto se justifica por razones de eficiencia (i.e. liberación de recursos para la provisión de prestaciones más complejas), equidad (i.e. mayor acceso en zonas remotas y periféricas) y por la idea central de que el sistema de salud no debe solo tener funciones curativas, sino también de promoción y prevención. Y, en esto último, la participación de la comunidad a través de la APS juega un rol clave. Para ello, el informe propone mejorar la distribución de fondos a la APS para que se ajusten mejor al perfil epidemiológico de la población (propuesta 1) e incentiven la resolutivez (propuesta 2). Adicionalmente, se plantea mejorar la capacidad instalada a nivel primario, pensando en el mediano-largo plazo, con una estrategia cuyo propósito sea atraer a futuros profesionales hacia la APS, de modo tal que vean en dicha instancia un lugar de formación tanto profesional como personal (propuesta 3). Para el corto plazo, se sugiere fortalecer los incentivos pecuniarios (propuesta 4) y profundizar en el modelo de atención digital (propuesta 5). Finalmente, con el objeto de fortalecer el involucramiento comunitario, se propone aprovechar más los Consejos de Desarrollo Local de Salud (propuesta 6), enmarcando la participación en procesos en donde hayan compromisos y metas relacionadas a los programas de prevención y promoción y que existan mecanismos efectivos de monitoreo por parte de la comunidad (propuesta 7).

En segundo lugar, para mejorar la gestión en el sistema de prestación estatal es igualmente relevante perfeccionar los mecanismos de rendición de cuenta y fortalecer la gestión en red. Las pérdidas de eficiencia detectada por la Comisión Nacional para la Productividad (2020) recuerdan que el sistema de prestación estatal adolece de serios problemas de gestión. La cara más patente de lo anterior son las extensas listas de espera que los chilenos enfrentan al momento de solicitar una atención en salud. Si bien este es un problema histórico, se reconoce que durante los últimos años han existido avances significativos, tales como la incorporación en la Ley de Presupuestos 2020 de métodos de pago que incentivan una mayor eficiencia (GRD). Además, el proyecto “Mejorar Fonasa” contiene elementos auspiciosos, toda vez que propone cambios organizacionales sustantivos para transformar a Fonasa en un verdadero seguro público. Sin embargo, hay un factor en la gestión que no ha sido del todo tratado: la necesidad de instaurar mecanismos de rendición de cuenta más exigentes. En este sentido, los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) representan sin dudas un avance en mayor autonomía y responsabilidad. Sin embargo,

la trayectoria de la deuda hospitalaria en los últimos años soporta de alguna u otra forma que el desafío en gestión sigue siendo mayúsculo. En consecuencia, se propone crear gobiernos cooperativos en cada Servicio de Salud, con capacidad de planificar estratégicamente la red de prestadores a cargo, con facultad de remover a los directores de hospitales y crear indicadores de desempeño (propuesta 8).

Finalmente, el informe analiza el sistema mixto de aseguramiento con el fin de identificar propuestas para mejorar los niveles de cobertura financiera. A nivel general, se señala la necesidad de avanzar de manera gradual hacia un sistema integrado de multiseguros y multiprestadores. La idea central es avanzar de manera gradual y responsable hacia un sistema que ofrezca una mayor cobertura por medio de una mayor solidaridad en los riesgos. Para aquello, se recomienda que el Plan de Salud Único (PSU) propuesto por el Ejecutivo en los proyectos en tramitación opere en ambos subsistemas y que ofrezca una cobertura universal a toda la población (propuesta 9). Es decir, que la obligatoriedad de ofrecer el PSU no recaiga solo en Fonasa, sino también al resto de las aseguradoras privadas. Junto con lo anterior, se propone que las aseguradoras privadas puedan ofrecer planes complementarios para quienes quieran tener mayores coberturas o mejores servicios, pero estos últimos deben también ser estandarizados y sujetos a fiscalización por parte de la Superintendencia de Salud (propuesta 10). Luego, con el propósito de garantizar asequibilidad, una mayor solidaridad en los riesgos y una no discriminación, se sugiere crear un Fondo de Compensación Solidario (propuesta 11), cuya implementación debiese ser por etapa. En una primera, el FCS debiese operar solo en el subsistema privado, de modo tal, que haya una compensación entre las carteras de beneficiarios de las aseguradoras privadas. En una segunda etapa, previo fortalecimiento de Fonasa como seguro público y una mejora en la gestión hospitalaria y en red, el FCS debiese operar de manera integrada entre los dos subsistemas de aseguramiento. En este sentido, dada la magnitud de la reforma, pero también la urgencia de avanzar hacia una mayor cobertura, se propone un proceso gradual que permita la creación de capacidad organizacional y aprendizaje de los proceso de implementación. Luego, el informe propone que Fonasa con el propósito de responder a las garantías de sus beneficiarios en el PSU pueda acceder también a la red de prestadores privados (propuesta 12). No considerar a priori la capacidad instalada en el sistema privado no es consistente con el objeto de garantizar un acceso oportuno a la población. Por último, con el intención de fomentar una mayor competencia, se recomienda diversificar el mercado de seguros con la incorporación de otro tipo de actores, tales como compañías de seguros y mutuales, las cuales deberán competir bajo las mismas exigencias que el resto de los participantes (propuesta 13).

El resto del estudio se estructura de la siguiente forma: el próximo apartado indaga en torno a tres problemas presentes en el sistema de salud: la falta de acceso, la existencia de inequidades y el riesgo financiero frente una enfermedad. Posteriormente, se analiza el sistema de prestación estatal de salud, revisando su estructura organizacional, su disponibilidad de recursos, su gestión hospitalarias y en red, con el objeto de identificar oportunidades de mejoras. Luego, el cuarto apartado presenta un análisis respecto los proyectos de ley que actualmente están en discusión legislativa. El último apartado elabora un conjunto de propuestas en miras de un sistema de salud más resolutivo, equitativo y solidario.

II. LOS TRES PROBLEMAS EN SALUD

El sistema de salud chileno se sustenta principalmente en una estructura mixta de aseguramiento y prestación. Por un lado, están los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (Fonasa) quienes representan un 75% de la población chilena en 2018. Por otro lado, están los beneficiarios de Instituciones de Salud Previsional (Isapre), quienes constituyen un 18% de la población. La proporción restante de la población (7%) está afiliada a otros sistemas de previsión social, tales como Capredena.

TABLA 1:
Beneficiarios por sistema de salud previsional, 2018

Previsión	Número	%
Fonasa	14.242.655	75%
Isapres	3.404.896	18%
Otros	1.281.760	7%
Total	18.929.311	100%

Fuente: Fonasa (<https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos>)

Las personas beneficiarias de Fonasa se agrupan en cuatro tramos en función del ingreso imponible del cotizante. En el tramo A están las personas sin cotizaciones, que corresponden a un 18% de la población en 2018. En tanto, los tramos B y C están compuestos por el 26% y 12% de la población respectivamente. Finalmente, en el tramo D están los afiliados con los mayores ingresos imponibles, quienes representan un 19% de los chilenos.

Los beneficiarios de Fonasa pueden acceder a prestaciones estatales a través de la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y a prestaciones privadas por medio de la Modalidad de Libre Elección (MLE), con la excepción del tramo A, cuyos beneficiarios sólo puede atenderse en establecimientos estatales. En tanto, el copago que deben asumir los beneficiarios está sujeto al tramo al que pertenecen y al tipo de prestación demandada. Los tramos A y B no deben desembolsar gasto adicional cuando se atienden por medio de la MAI (prestaciones estatales), mientras que los tramos C y D deben asumir un copagado de un 10% y un 20% respectivamente. En cambio, si los beneficiarios de estos últimos tramos optan por la MLE (prestaciones privadas) deben asumir un mayor copagos, fluctuando entre un 25% y un 60% nominal respecto los aranceles definidos por Fonasa. Ahora bien, es importante considerar que los copagos reales tienden a ser mayores dado que el arancel Fonasa subestima el valor de la prestación entregada por un establecimiento privado.

TABLA 2:
Tramos Fonasa, tipo beneficiario, cobertura, población beneficiaria

Tramo	Beneficiarios	N°	%*	%**	Cobertura
A	No cotizantes	3.398.467	24%	18%	Gratuidad en Sistema Público
B	Cotizantes con ingreso imponible menor o igual a \$320.500 y pensionados	5.015.793	35%	26%	Gratuidad en Sistema Público y compra de bonos para establecimientos privados en convenio
C	Cotizantes con ingreso imponible entre \$320.500 y \$467.930	2.296.457	16%	12%	Bonificación del 90% en Sistema Público y compra de bonos para establecimientos privados en convenio
D	Cotizantes con ingreso imponible igual o superior a \$467.930	3.531.938	25%	19%	Bonificación del 80% en Sistema Público y compra de bonos para establecimientos privados en convenio

*: Fonasa, **: Población total.

Fuente: Elaboración propia en base a Fonasa

Nota: valores de ingreso imponible de tramos a 2020 (ver <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/tramos>)

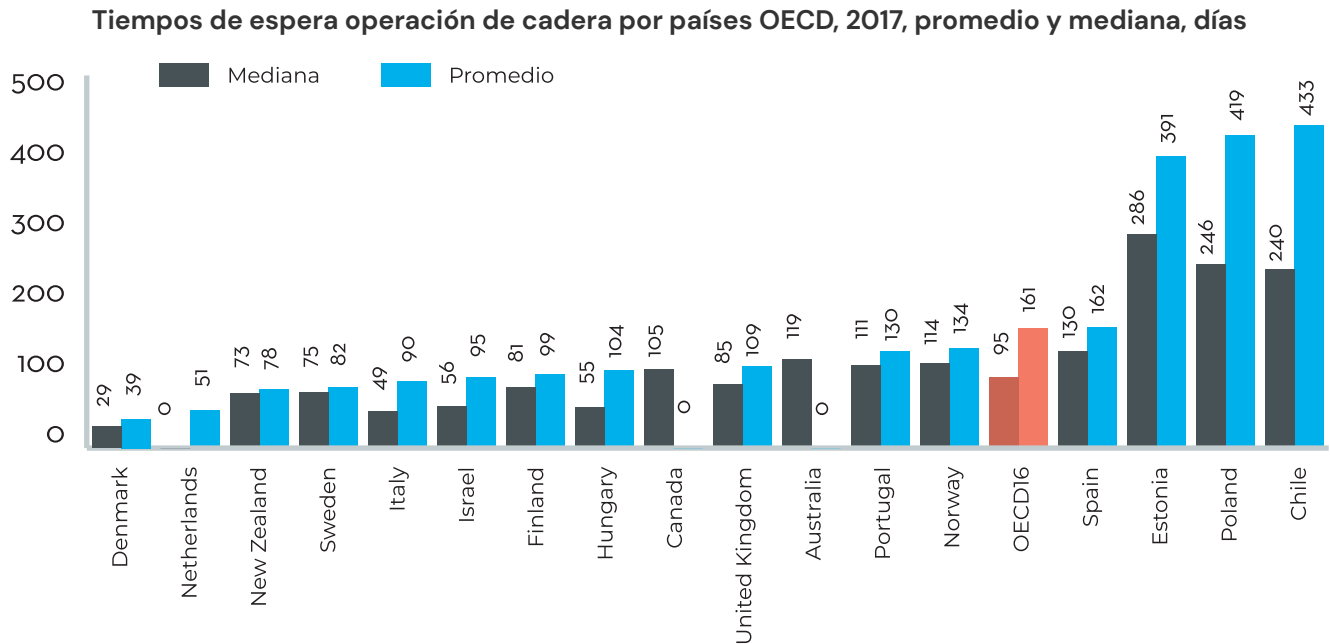
Otro elemento importante a tener en cuenta es que los beneficiarios de Fonasa, si bien enfrentan una mayor cobertura financiera a través de la MAI, tienden a demandar prestaciones de salud en establecimientos privados. En 2018, un 49,7% de personas que se atendieron en instituciones privadas fueron afiliados de Fonasa (Asociación de Clínicas de Chile, 2020). Esta realidad revela una preferencia de una parte de los beneficiarios de Fonasa por prestaciones privadas, pese a que esto implique un mayor gasto. Si bien este hecho se puede explicar por diversos motivos, es probable que esté altamente relacionado al primer problema que este informe identifica: la falencia que presenta el sistema estatal para ofrecer una prestación oportuna en salud.

a. Acceso inoportuno: la larga espera para ser atendido.

Más allá de la calidad de las prestaciones, el sistema sanitario chileno experimenta un problema significativo para ofrecer un acceso oportuno a presentaciones de salud. La expresión más conocida de esta

problemática corresponde a las extensas listas de espera que enfrentan los chilenos. De hecho, un análisis comparado denota inmediatamente un rezago de nuestro país en esta dimensión. Por de pronto, el infor-

FIGURA 1:



Fuente: OECD Health Statistics, 2019.

me de la OECD Health at Glance 2019 revela que nuestro país es uno con los mayores tiempos de espera en operaciones hospitalarias no urgentes. Por ejemplo, en operación de caderas, Chile tiene un tiempo de espera promedio de 433 días, mientras que los países OECD tienen un promedio de 161 días; asimismo, en intervenciones de rodilla los chilenos tienen que esperar en promedio 861 días, en cambio, los países OECD en promedio 277 días.

Ahora bien, en 2005 el sistema fue disminuyendo la magnitud de este problema tras la incorporación de las Garantías Explícitas de Salud (GES). De hecho, en junio de 2017 las prestaciones GES retrasadas correspondían a 11.053 casos, mientras que en septiembre de 2019 esta cifra descendió a 7.600. Sin embargo, pese este avance la situación chilena sigue siendo crítica y, en particular, respecto las enfermedades que no están cubiertas por el GES. Por de pronto, a septiembre del 2019 —antes de la pandemia y la crisis política de octubre— la lista de espera no GES estaba compuesta por 2.209.251 casos, en donde un 87,9% eran retrasos en consultas con especialistas, existiendo a su vez un tiempo de espera promedio de 382 días para acceder a este tipo prestación. En tanto, el 12,1% restante del total correspondía a intervenciones quirúrgicas, teniendo estas últimas un tiempo de espera promedio de 319 días. Por otra parte, se observa que la atención terciaria concentra la mayor cantidad de prestaciones no GES retrasadas (83,7%), seguida por la atención primaria (11,6%) y secundaria (4,7%).

TABLA 3:

Lista de espera no GES, por tipo de prestación y nivel de atención, septiembre 2019

Nivel de Atención	Consulta d Especialidad	Intervenciones Quirúrgicas	Total
Primario	238.274	17.599	255.873
	(10,8%)	(0,8%)	(11,6%)
Secundario	102.635	1.702	104.337
	(4,6%)	(0,1%)	(4,7%)
Terciario	1.601.443	247.598	1.849.041
	(72,5%)	(11,2%)	(83,7%)
Total	1.942.352	266.899	2.209.251
	(87,9%)	(12,1%)	(100%)

Fuente: 3° Informe Trimestral de Garantías de Oportunidad Respecto a los Retrasos en régimen GES y Lista de Espera no GES. MIN-SAL. Septiembre 2019

Con todo, es un hecho que el actual sistema de salud enfrenta dificultades desde antes de la pandemia para ofrecer un acceso oportuno a la población chilena. En este contexto, no es sorprendente constatar la percepción negativa que tienen los chilenos al respecto, en donde tan sólo 1 de cada 2 afiliados a Fonasa se siente protegidos por el sistema, mientras que sólo 1 de cada 3 confía que podrá acceder a un tratamiento efectivo frente una enfermedad (Superintendencia de Salud 2018). Esta problemática –que se manifiesta en las extensas listas de espera y, particularmente, en las prestaciones no GES– puede explicarse tanto por un déficit de recursos como por deficiencias en la gestión del mismo sistema de prestación estatal. Uno de los propósitos del próximo apartado es precisamente indagar sobre estas dimensiones con el objeto de identificar posibles líneas de acción.

b. Inequidad en el acceso: el lugar de residencia sí importa

El sistema de salud chileno enfrenta un problema de inequidad que podría igualmente asociarse al descontento social visto durante los últimos meses. En esta línea, el informe Desiguales del PNUD señala que la situación que más molestia genera entre los chilenos es precisamente el hecho que existan personas que tengan un mejor acceso a la salud que otras (PNUD, 2017). En particular, hay evidencia que respalda la idea de que en el país hay un sentimiento de injusticia al estar el acceso y calidad de las prestaciones de salud condicionado a la capacidad de pago de los chilenos (PNUD, 2017). En esta línea, si bien las brechas entre el sistema prestación estatal y privado son importantes de abordar, este estudio se enfoca en las

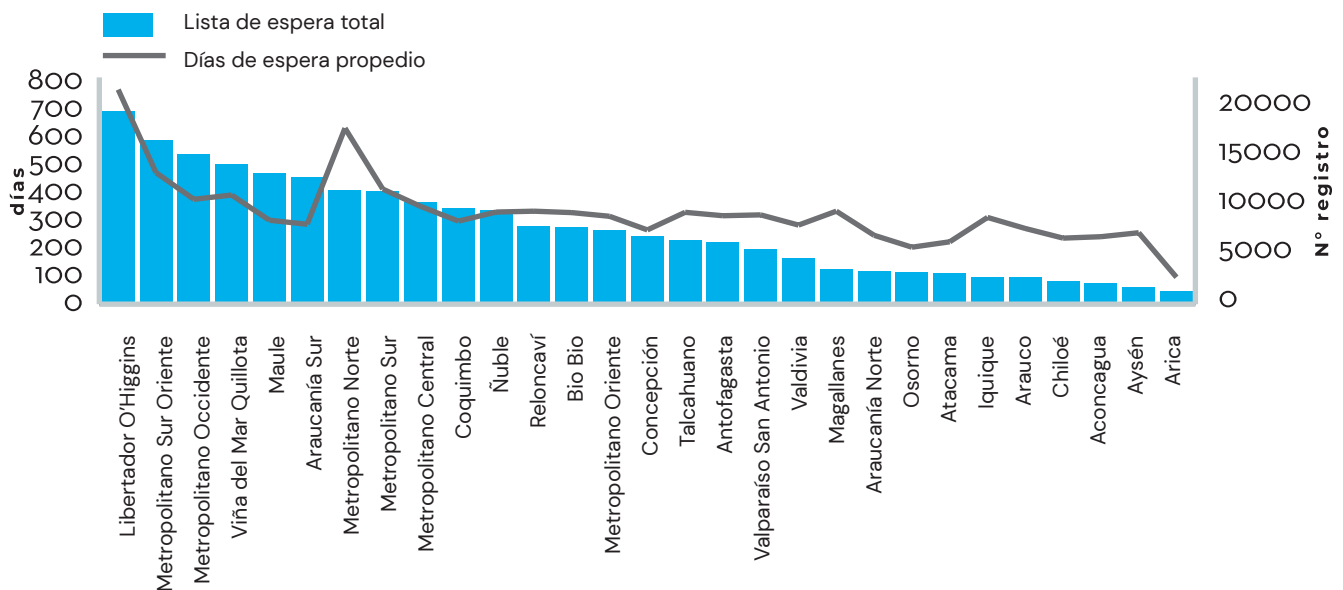
inequidades territoriales. La razón está, por un lado, en que las brechas territoriales no han tenido la suficiente atención pública y, por otro lado, en la premisa de que hacerse cargo de las diferencias territoriales contribuirá de manera significativa a solucionar el problema nacional de acceso. De esta forma, se asume que el malestar puede ser explicado, no sólo por el hecho mismo de que el sistema ofrezca bajos niveles de acceso, sino también por las diferentes realidades que viven los chilenos al respecto.

En este sentido, los datos son elocuentes: si bien a nivel general el sistema de salud presenta rezagos en materia de acceso, la realidad nacional esconde importantes diferencias territoriales. En cuanto a prestaciones GES, se observa a septiembre del 2019 una brecha de 1703 casos entre el Servicio de Salud (SS) con la mayor lista de espera (Metropolitano Sur-Oriente) y el SS con la menor (Arica). Lo mismo ocurre en los tiempos de espera: entre el mejor (Arauco) y el peor caso (Arica) hay 146 días de diferencia.

Ahora bien, las brechas se acentúan cuando observamos las prestaciones no GES. En cuanto a consultas con especialistas, se observa una brecha en lista de espera de 159.391 casos (entre O'Higgins y Arica) y en los tiempos de espera la diferencia llega a ser de 662 días. Es decir, de acuerdo al lugar de residencia, los chilenos pueden esperar hasta un año y 10 meses más para ser atendido por un especialista. El escenario en materia de intervenciones quirúrgicas no es más auspicioso. La brecha en lista de espera entre el mejor y el peor SS equivale a 21.282 casos (Aysén y Maule) y en tiempo de espera a 308 días (Arica y Valdivia).

FIGURA 2:

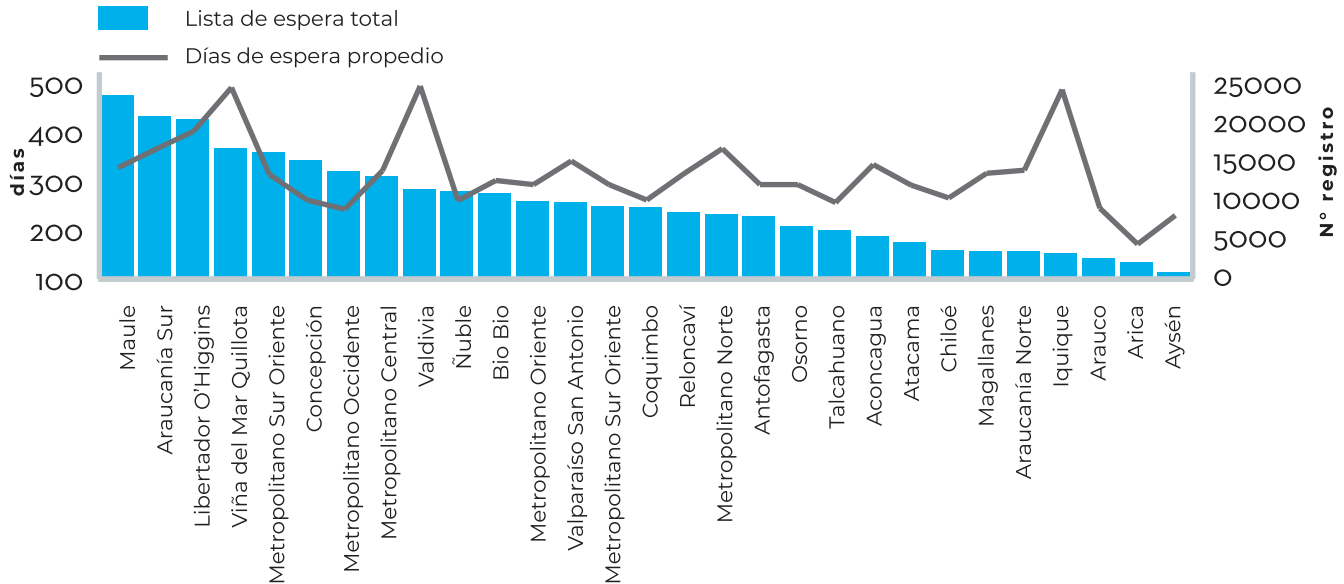
Lista de Espera no GES Consulta de Especialidad, por Servicio de Salud, sept., 2019



Fuente: 3º Informe Trimestral de Garantías de Oportunidad Respecto a los Retrasos en régimen GES y Lista de Espera no GES. MINSAL. Septiembre 2019.

Figura 3:

Lista de Espera no GES de Intervenciones Quirúrgicas, por Servicio de Salud, sept.,2019



Fuente: 3° Informe Trimestral de Garantías de Oportunidad Respecto a los Retrasos en régimen GES y Lista de Espera no GES.MINSAL. Septiembre 2019.

En suma, en nuestro país no da lo mismo el lugar donde uno vive si pensamos en el acceso a salud. La oportunidad para acceder a este servicio, tales como consultas médicas u operaciones quirúrgicas, depende significativamente del territorio de residencia. Si bien son múltiples las razones que explicarían esta realidad, es posible que el déficit de recursos y el problema de gestión, que estaría detrás de la problemática nacional de acceso, también tenga su expresión territorial: por un lado, es plausible que haya diferencia en cuanto a los recursos que dispone cada territorio y, por otro lado, las brechas pueden explicarse producto de la gestión ineficiente de los distintos niveles del sistema (Comisión Nacional de Productividad 2020). El próximo apartado analiza estos elementos con el objeto de identificar posibles alternativas de solución.

c. Riesgo financiero: el miedo a enfermarse.

Por último, es importante notar que la decisión de los beneficiarios de Fonasa por atenderse en establecimiento privados, a pesar de representar una solución al problema de acceso, conlleva efectos no deseados. Como se mencionó anteriormente, la cobertura financiera de la MLE (prestación privada) es menor respecto a la MAI (prestación estatal). No obstante, las personas igualmente terminan optando por la primera alternativa asumiendo, en consecuencia, un probable mayor gasto de bolsillo. Dada una baja carga de enfermedad este escenario no sería del todo problemático. Sin embargo, a pesar de que Chile durante las últimas décadas experimentó avances significativos en indicadores sanitarios (i.e. mayor esperanza de vida al nacer y una menor tasa de mortalidad infantil), los chilenos han vivido un cambio epidemiológico

y demográfico que representa –y representará– una mayor demanda por prestaciones sanitarias. Por de pronto, la población está más envejecida y en ella hay una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, tales como hipertensión, obesidad y diabetes. Por lo tanto, dada la combinación de ambos factores, el uso de prestaciones privadas más la mayor carga de enfermedad, es razonable plantear que la familia chilena enfrenta y enfrentará un mayor riesgo financiero: enfermarse será más probable y el gasto esperado en cuanto al tratamiento será mayor.

Al respecto, en Chile el gasto de bolsillo es alto en comparación con la realidad internacional (35% del gasto total en salud versus un 20% promedio OCDE). En relación al gasto del hogar, vemos que el ítem salud pesa entre un 6% y 10% del total. En particular, según la VII Encuesta de Presupuesto Familiares, el tramo A de Fonasa gasta un 6,7% de su ingreso autónomo mensual en salud, el tramo B gasta un 8,8%, el tramo C un 6,5% y el D un 8,7%. A su vez, entre los componentes del gasto en salud, los medicamentos tienen un peso importante. Benítez, Hernando y Velasco (2019) muestran que en 2016, del total de gasto de bolsillo, el hogar chileno gasta en promedio un 35,8% en medicamentos, seguido por un 17,3% de gasto en consultas médicas. Asimismo, estos autores señalan que los hogares que más gastan en medicamentos (en relación a su gasto total en salud) tienden a ser hogares con una mayor proporción de personas mayores y mujeres.

TABLA 4:
Ingreso autónomo y gasto en salud mensual del hogar, por afiliación de sistema de salud

Afiliación	Ingreso Autónomo (\$)	Gasto en salud (\$)	% del gasto en salud sobre el ingreso disponible
Tramo A	511.206	34.042	6,66%
Tramo B	603.314	52.948	8,78%
Tramo C	767.554	49.731	6,48%
Tramo D	929.522	81.159	8,73%
Isapre	2.102.348	190.069	9,04%

Fuente: Elaboración propia a base de VII Encuesta de Presupuestos Familiares 2019, INE

Si bien el gasto efectivo en salud es un factor relevante, otro elemento a considerar es la incertidumbre financiera que enfrentan los hogares chilenos frente una enfermedad. En otras palabras, lo que importaría no es sólo lo que se gasta, sino que lo se podría llegar a gastar en el caso de una enfermedad grave. Al respecto, la Tabla 5 muestra los valores y los copagos nominales que deben asumir los beneficiarios Fonasa en el caso que opten por prestadores nivel 1 de la MLE. Se observa que los copagos están cerca del 50% del valor de la prestación. En principio, esto no es del todo problemático en el caso de las prestaciones de bajo costo, tales como una atención abierta cuyo copago promedio es de \$5.929. No obstante, hay pres-

taciones con un valor más alto. Por de pronto, una cama para adulto en la Unidad de Cuidado Intensivo implica un gasto de \$26.120 por día. Del mismo modo, hay exámenes de imagenología cuyo valor superan los \$100.000, como una resonancia magnética de abdomen y pelvis (\$125.040) o una resonancia total de columna (\$150.040). Asimismo, una válvula mitral o un marcapaso pueden significar un costo de \$217.720 y \$287.390 respectivamente. Ahora bien, este riesgo es mayor cuando se trata de prestaciones asociadas a emergencias, cuyo copago promedio equivale a \$301.415; pero, sobre todo, cuando son tratamientos oncológicos en donde el copago fluctúa entre los \$415.540 (una sesión de braquiterapia) y el \$1.837.110 (una sesión de radioterapia altamente compleja con Linac dual).

TABLA 5:
Copago en Modalidad Libre Elección, por grupo de arancel, mínimo, máximo y promedio

Grupo arancel		Valor Total	Aporte Beneficiario	%
Atención Abierta	Máx.	17.050	8.530	50,03
	Prom.	14.369	5.929	41,26
Atención Cerrada	Máx.	52.230	26.120	50,01
	Prom.	13.238	6.620	50,01
Exámenes de Laboratorio	Máx.	178.400	89.200	50,00
	Prom.	7.231	3.618	50,03
Exámenes de Imagenología	Máx.	300.080	150.040	50,00
	Prom.	7.231	3.618	50,03
Medicina Nuclear	Máx.	623.340	311.670	50,00
	Prom.	85.084	42.545	50,00
Kinesiología y Fisioterapia	Máx.	11.520	5.760	50,00
	Prom.	2.193	1.100	50,16
Medicina Transfusional, Banco de Tejidos y Precursores Hematopoyéticos	Máx.	33.490.000	16.745.000	50,00
	Prom.	5.796.195	2.898.100	50,00
Anatomía Patológica	Máx.	380.840	190.420	50,00
	Prom.	57.005	28.505	50,00
Psiquiatría y Psicología Clínica	Mín.	7.110	3.560	50,07
	Prom.	12.165	6.083	50,00
Endocrinología	Máx.	7.130	3.570	50,07
	Prom.	4.181	2.093	50,06

Anestesia	Máx.	31.690	15.850	50,02
	Prom.	28.050	14.030	50,02
Prótesis	Máx.	574.770	287.390	50,00
	Prom.	93.868	46.936	50,00
Traslados	Máx.	34.840	17.420	50,00
	Prom.	10.692	5.349	50,03
Pago Asociado a Diagnóstico (PAD)	Máx.	3.599.660	1.799.830	50,00
	Prom.	928.579	482.627	51,97
Atenciones Integrales, Otros Profesionales de la Salud	Máx.	24.510	12.260	50,02
	Prom.	16.983	8.493	50,01
Pago Asociado Emergencia	Máx.	2.771.610	692.900	25,00
	Prom.	1.007.822	301.415	29,91
Tratamientos Integrales de Braquiterapia y Radioterapia	Máx.	3.674.220	1.837.110	50,00
	Prom.	2.124.933	1.062.469	50,00

Nota: El valor promedio se estima considerando al conjunto de prestaciones que componen los respectivos grupos de arancel.

En tanto, el valor máximo corresponde a la prestación con mayor valor.

Fuente: Elaboración propia en base a Fonasa.

Ahora bien, el problema de la baja cobertura financiera no se acota solamente a la población que se atiende a través de MLE, sino también lo experimenta parte de la población beneficiaria de Isapre. Históricamente, las aseguradoras privadas han podido discriminar por riesgo ajustando los planes que ofrecen en cuanto a su valor, cobertura y topes máximos en función del perfil del cotizante (Butelmann et al. 2014, Comisión Asesora Presidencial 2015, Paolucci y Velasco 2017). En este sentido, las mujeres, las personas mayores y enfermos crónicos se caracterizarían por perfiles individuales de riesgo más alto (es decir, es más probable que demandan prestaciones de salud) y, por lo tanto, son los más perjudicados en esta materia. Las aseguradoras privadas pueden descremar en dos momentos. En primer lugar, cuando los potenciales afiliados están cotizando planes de salud, toda vez que por medio de las características personales (i.e. sexo o edad) pueden identificar perfiles de riesgo más alto y, en función de esto, ajustar los precios de los planes o inclusive rechazar la afiliación. Y, en segundo lugar, el subsistema privado puede ir excluyendo a sus beneficiarios en la medida que se tornen más riesgosos (i.e. edad más avanzada), lo cual es posible producto de la existencia de una multiplicidad de planes de salud y la posibilidad de hacer ajustes anuales de ellos (Butelmann et al. 2014).

La consecuencia inmediata de lo anterior vendría siendo que los grupos de riesgo más alto que permanecen afiliados a Isapres –generalmente para mantener la calidad y oportunidad de los prestadores pri-

vados— optan por planes de salud con primas más altas pero con coberturas más bajas. La Figura 4 evidencia esta realidad. Primero, se observa una brecha entre hombres y mujeres en la cobertura ofrecida por Isapres, la cual es persistente a lo largo de la trayectoria de vida y por distintos tipos de prestación (i.e. consulta médica, intervención quirúrgica, examen de laboratorio y procedimiento de apoyo clínico). Adicionalmente, las mayores brechas se dan entre los 20 y 40 años edad, lo cual condice con la edad fértil de la mujer. Finalmente, se observa que la cobertura fluctúa en función de la edad del beneficiario. En la etapa infantil-adolescente y en la tercera edad las tasas de cobertura tienden a ser menores respecto las etapas de adulto y adulto joven.

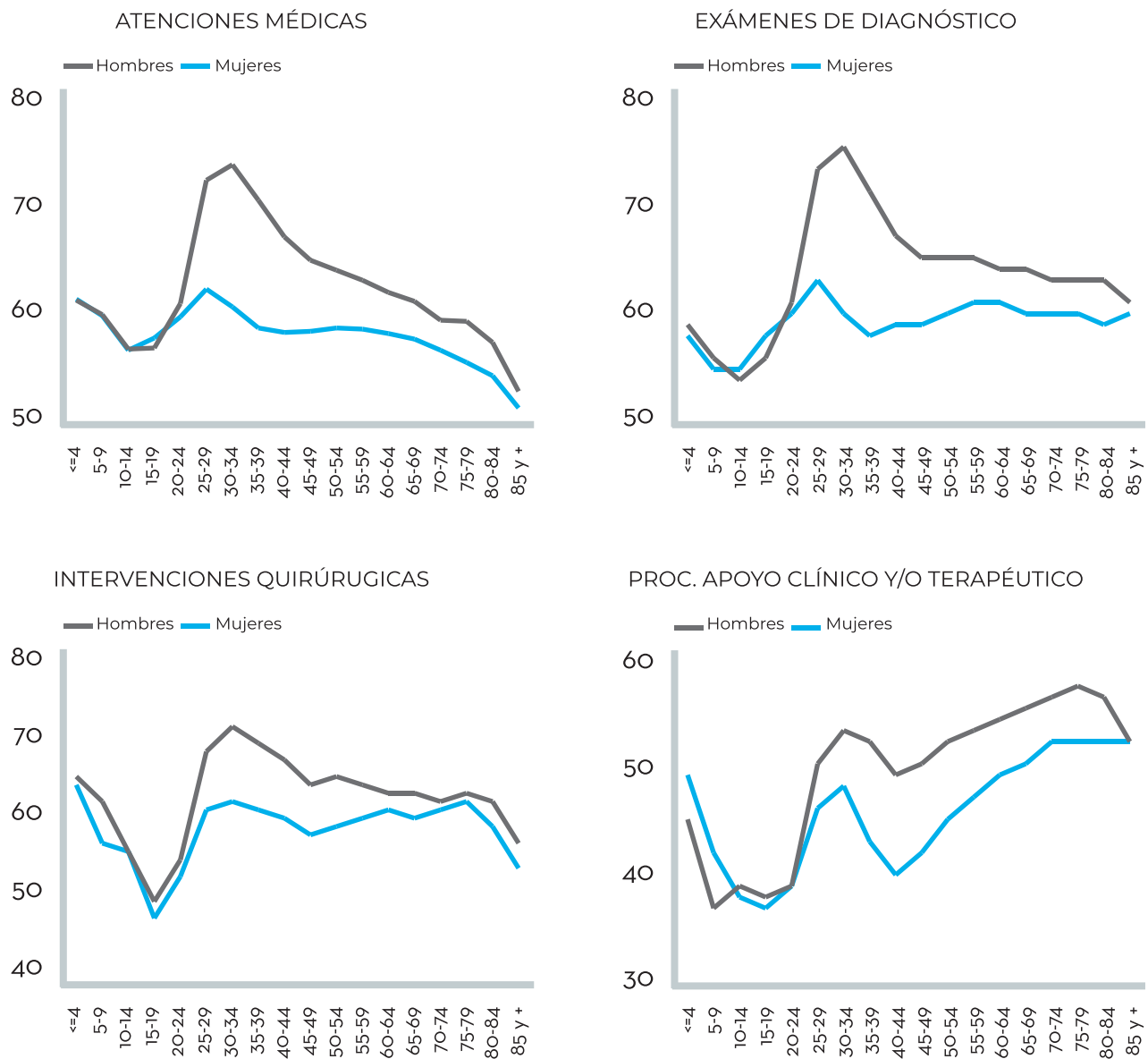
Otro resultado del descreme generado por las Isapres corresponde a la existencia de un sistema fuertemente segmentado, en donde los grupos más riesgosos (mujeres, enfermos, adulto mayores) terminan en una mayor proporción afiliados a Fonasa, mientras que los grupos menos riesgosos (hombres, sanos y jóvenes) en Isapres.

Así y todo, una de las premisas que permite la selección por riesgos por parte de las Isapres es que el sistema está diseñado para que las personas principalmente enfrenten sus riesgos de enfermarse desde una manera individual. En este sentido, históricamente los grupos de mayor riesgo han enfrentado de manera individual los mayores costos de sus planes de salud, obviando que mujeres, adultos mayores y enfermos no son sujetos aislados, sino que integrantes de una comunidad mayor. Por de pronto, el mayor riesgo de una mujer en edad fértil producto de los costos asociados a un embarazo responden en muchos casos a una decisión familiar. Por lo tanto, aparte de injusto, el mayor costo que las mujeres han tenido que pagar responde a la prevalencia de una perspectiva individual sobre una comunitaria. Un argumento similar puede ser planteado con los enfermos y adultos mayores, en donde las personas sanas y más jóvenes pueden igualmente asumir parte del costo asociado al mayor riesgo de enfermarse. De hecho, la misma pandemia nos ha revelado que, si bien las personas mayores enfrentan una mayor probabilidad de presentar un cuadro grave, el riesgo de contagiarse no depende exclusivamente de su conducta, sino también del comportamiento de su entorno. El COVID 19 es un caso paradigmático en donde una persona de población de riesgo puede contraer el virus por el comportamiento irresponsable de una persona joven, lo cual muestra cómo la interacción social conlleva necesariamente a que ciertos grupos de personas asuman los costos provenientes de acciones de otros. En suma, es de vital importancia notar una severa carencia de corresponsabilidad atrás de los mecanismos que permiten la selección por riesgo y sus efectos en materia de cobertura y segmentación.

Si bien el propósito de este trabajo no es profundizar en el funcionamiento del sistema de aseguramiento, es importante —para efecto de explorar alternativas de solución en los próximos apartados— mencionar otras falencias del sistema mixto presente en la literatura. Primero, en el subsistema privado hay problemas de competencia, derivados de problema de información proveniente de la multiplicidad de pla-

nes existentes que hace prácticamente imposible comparar planes de salud (Larrañaga 2000, Paolucci y Velasco 2017). Segundo, se producen pérdidas de eficiencia derivadas de la misma selección por riesgo dado el mayor incentivo por parte de las aseguradoras privadas para seleccionar perfiles de riesgos más bajos, en desmedro de buscar mejoras en la calidad de las prestaciones ofrecidas y la reducción de costos (Butelmann et al. 2014). Tercero, el mayor uso de seguros complementarios ha acentuado el riesgo moral por parte de los beneficiarios debido a la mayor cobertura a los copagos existentes en los planes de salud. (Butelmann et al. 2014, Ibañez 2016).

FIGURA 4:
Cobertura por sexo, edad y tipo de prestación, 2018, porcentaje



Fuente: Elaboración propia a base de Superintendencia de Salud.

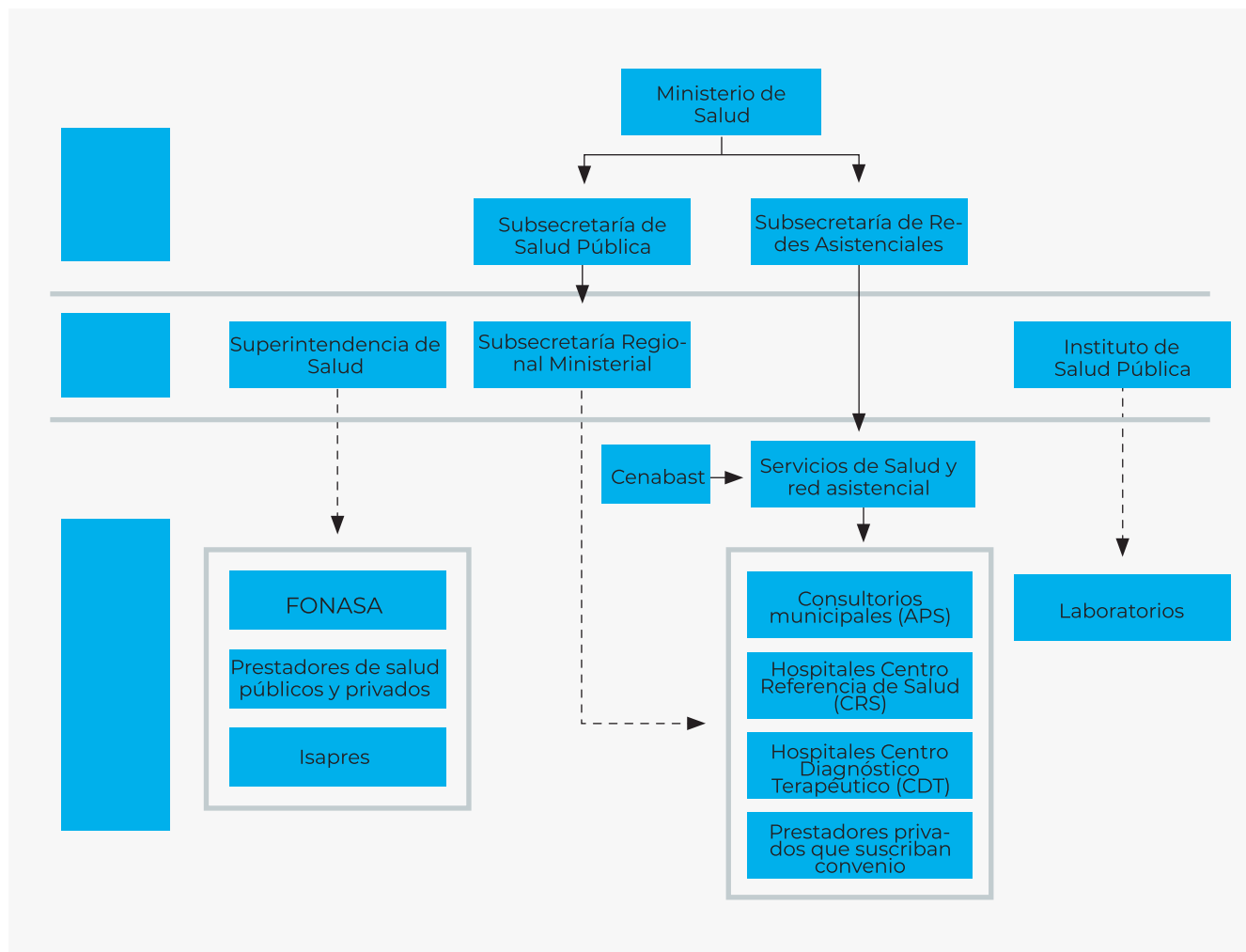
En resumen, la falta de un acceso oportuno, la inequidad en el acceso y el riesgo financiero representan unos de los principales desafíos que enfrenta nuestro sistema de salud. Si bien las manifestaciones sociales de octubre del 2019 tienen múltiples causas, es plausible que algunas de ellas estén estrictamente relacionadas justamente a estos tres problemas. Asimismo, la crisis sanitaria ha permitido revelar las disparidades existentes en la población chilena en cuanto al acceso a prestaciones. Por ello, es fundamental profundizar en los factores que estarían detrás de estos tres fenómenos y, posteriormente, identificar posibles vías de solución. Los próximos apartados están enfocados a este propósito.

III. SISTEMA PRESTACIÓN DE SALUD EN CHILE

El sistema de salud chileno está compuesto por un conjunto de entidades desconcentradas y descentralizadas entre las cuales se dividen y comparten responsabilidades asociadas a la regulación, prestación y fiscalización. El órgano rector es el Ministerio de Salud (Minsal), compuesto, por una parte, por la Subsecretaría de Salud Pública encargada de regular y fiscalizar las materias relacionadas a salud pública y medioambiental. Por otra parte, está la Subsecretaría de Redes Asistenciales que cumple una doble función: una normativa y otra ejecutora. A nivel normativo, se encarga de regular la entrega de servicios por parte de entidades públicas y privadas; mientras que, a nivel ejecutor, es responsable de la gestión de la red de prestadores estatales. La función fiscalizadora de la Subsecretaría de Salud Pública se materializa territorialmente a través de las Secretarías Regionales Ministeriales (entidades desconcentradas); en tanto, la gestión en red de la Subsecretaría de Redes Asistenciales se lleva a cabo por medio de los 29 Servicios de Salud distribuidos territorialmente (entidades descentralizadas).

Del mismo modo, está el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que corresponde a un servicio público descentralizado dependiente del Minsal, encargado nominalmente de dos funciones principales: por un lado, busca cumplir el rol de seguro público frente sus beneficiarios y, por otro lado, es la entidad financista de las prestaciones producidas por las entidades estatales de salud. Sin embargo, como se desarrollará más adelante, la realidad indica que Fonasa cumple más un rol de “caja pagadora” dado que enfoca sus esfuerzos principalmente a financiar las distintas prestaciones de la red de salud demandada por sus beneficiarios. Asimismo, está la Superintendencia de Salud, que cumple mayoritariamente la función de fiscalizar tanto a Isapres y Fonasa como a las entidades prestadoras de salud, y también se encuentra la Central Nacional de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast), cuyo rol es gestionar e intermediar en las compras demandadas por los diversos establecimientos de la red estatal de salud.

FIGURA 5:
Organización institucional del sistema de salud en Chile



Fuente: Benavides et al. (2013).

En cuanto a los prestadores estatales se observa una división en tres niveles de atención. La atención primaria está compuesta por entidades que prestan un servicio ambulatorio de menor complejidad, tales como los SAPU, los CESFAM y los APS². En 2019 había 2.367 establecimientos de atención primaria, siendo un 94% de dependencia municipal.

² La totalidad de establecimientos primarios de salud son del siguiente tipo: Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Posta de Salud Rural, Estación Médica Rural, Consultorio de Salud ental (CSM), Centro de Salud Familiar (CESFAM), Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF), Consultorio de Salud Urbano, Consultorio de Atención Primaria de Salud (APS) y Consultorio Adosado de Atención Primaria (CAAP)

En tanto, la atención secundaria está constituida por establecimientos que ofrecen una prestación ambulatoria y hospitalaria de complejidad intermedia. En esta categoría están el Consultorio Adosado de Especialidad (CAE), Centro de Diagnóstico Terapéuticos (CDT) y Centro de Referencia en Salud (CRS). Durante 2019 existían 122 establecimientos de atención secundaria, siendo su mayoría dependiente de un Servicio de Salud (51%) o una municipalidad (42%).

Finalmente, la atención terciaria corresponde a prestaciones ambulatorias y hospitalarias de mayor complejidad, compuesto por hospitales de alta complejidad (tipo 1 y 2), hospitales de menor complejidad (tipo 3 y 4) y establecimientos autogestionado en red (EAR). En 2019 habían 194 entidades de atención terciaria, siendo su mayoría dependiente de un Servicio de Salud (96%).

TABLA 6:
Prestadores estatales por nivel de atención y dependencia

Nivel de atención/ Dependencia	Servicio de Salud	Municipalidad	Público que no pertenece al SNSS	Otras	Total
Primario	132	2216	(-)	19	2367
Secundario	62	51	(-)	9	122
Terciario	187	(-)	(-)	7	194
No Aplica	32	1	59	67	159
Total	413	2268	59	102	2842

Fuente: Recursos para la Salud, Departamento de Estadísticas e información de Salud, Minsal.

<http://www.deis.cl/estadisticas-recursossalud/>. Consultado el 17-12-19

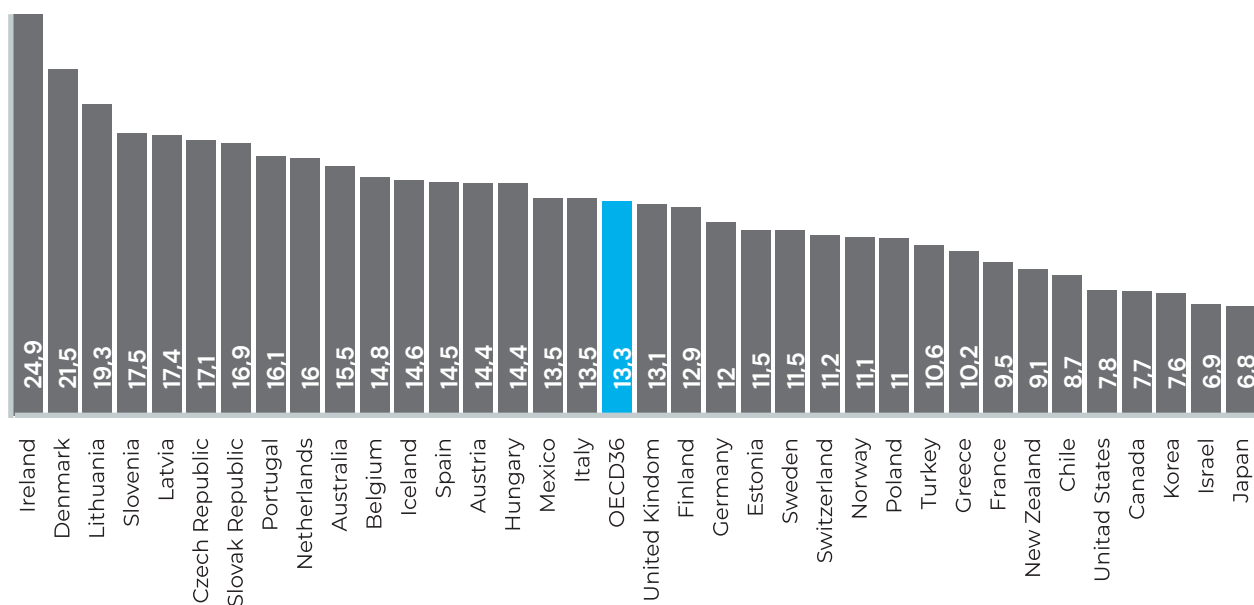
Con todo, el número de entidades que participan en el sistema de salud chileno, más la multiplicidad de funciones que cumplen, conlleva a un sistema complejo que, como se revisó anteriormente, no es capaz de ofrecer una atención oportuna ni equitativa a la población chilena. Los factores que explicarían esta realidad son diversos y han motivado múltiples estudios gubernamentales, de centro de estudios y universidades. A continuación, más que realizar un análisis exhaustivo de cada dimensión, se pretende ofrecer

una revisión de los elementos que, según nuestro criterio, son los más críticos de abordar al momento de pensar en soluciones.

a. Recursos sanitarios

A nivel general, es posible plantear que cuando un sistema no produce resultados deseados es consecuencia tanto por un déficit de recursos como por problemas de gestión. En este marco, una primera hipótesis a explorar es que el sistema de salud en Chile enfrenta una brecha de recursos significativa. Durante el 2018, en Chile el gasto en salud fue de un 8,9% del PIB, siendo este levemente superior al gasto promedio de los países OECD (8,8%). En cuanto a la composición del gasto, en nuestro país un 58% es financiado por el Estado, siendo este significativamente menor al promedio OECD (75%). Lo restante corresponde a gasto de bolsillo de los hogares, el cual en Chile equivale a un 42% versus un 25% promedio de los países OECD.

Figura 6:
Médicos graduados por países OECD, 2017



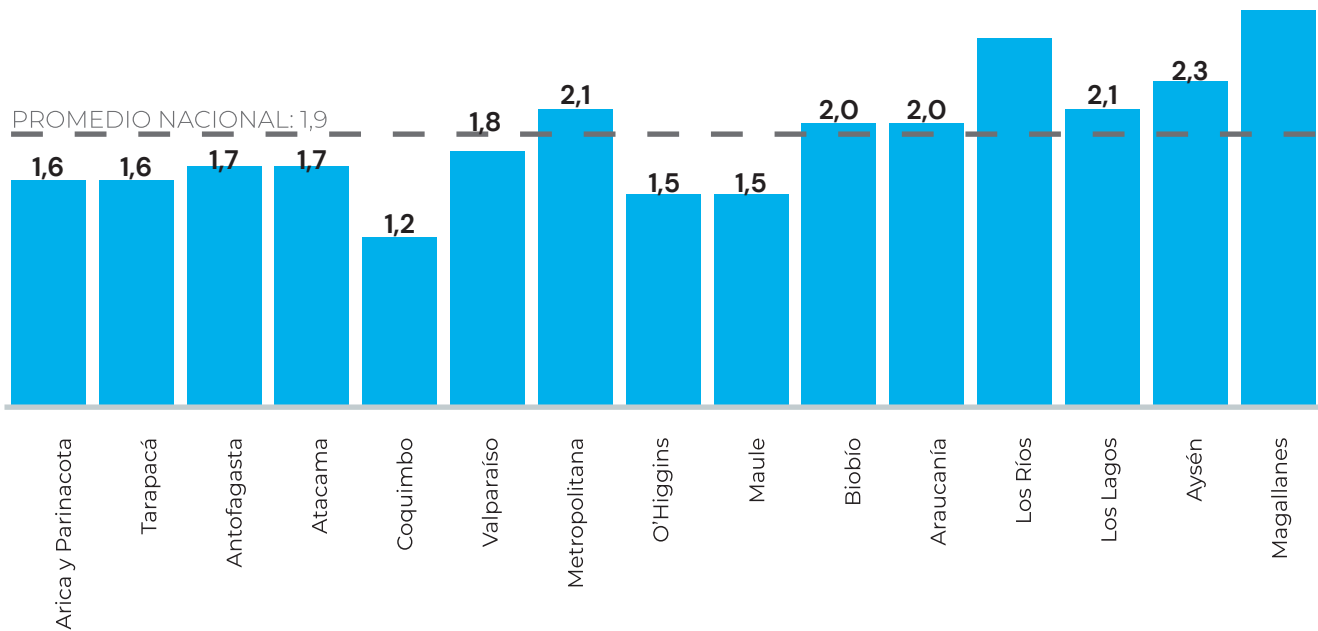
Fuente: OECD Health Statistics 2019.

Si bien a nivel agregado el gasto país en salud está en torno a la media de los países desarrollados, la evidencia comparada muestra rezagos en cuanto a los recursos sanitarios disponibles en el sistema. Por de pronto, en 2017 Chile tenía 2,1 camas cada 1.000 habitantes, mientras que los países OECD en promedio disponían 4,7 camas cada 1.000 habitantes (OECD, 2019). Asimismo, esta brecha se aprecia cuando comparamos recursos humanos claves. Por ejemplo, Chile en 2017 contaba con 8,7 médicos graduados cada 100.000 personas, mientras que los países OECD tenían en promedio 13,1 médicos graduados cada 100.000 habitan-

tes (OECD, 2019). En el mismo año, nuestro país disponía de 28,9 enfermeras graduadas cada 100.000 habitantes, en tanto los países OECD en promedio tenían 43,6 enfermeras cada 100.000 personas (OECD, 2019).

Ahora bien, la realidad nacional oculta inequidades territoriales importantes de constatar. Por ejemplo, considerando datos a nivel regional, en 2016 se aprecia que hay regiones con un número de camas de hospitalización al menos un 20% inferior al promedio nacional (Coquimbo, O'Higgins, Maule), mientras que

FIGURA 7:
Camas de hospitalización del sector público y privado, por región, 2016



Fuente: Indicadores Básicos de Salud, DEIS.

otras regiones disponen de un 30% más de camas respecto la realidad nacional (Los Ríos, Magallanes)³.

Del mismo modo, se observan diferencias en disponibilidad de recursos humanos. Por de pronto, el número de profesionales perteneciente al sistema público de salud (médicos, enfermeras y matronas) fluctúa entre 2,6 y 5,4 cada 1.000 beneficiarios de Fonasa. Adicionalmente, la disponibilidad de médicos especialistas en ambos sistemas (público y privado) exhibe una variación territorial relevante: mientras hay regiones con una densidad de 0,5 médicos especialista cada 1.000 habitantes (Tarapacá, Atacama, Maule), hay otras regiones con una densidad de 1,5 cada 1000 habitantes (Metropolitana).

³ La Figura 7 presenta en análisis regional con un promedio nacional de 1,9 camas cada 1.000 habitantes el cual difiere de las 2,1 camas cada 1.000 habitantes mencionado en el análisis comparado previo. La razón de aquello es que en el primer caso se utilizan datos del DEIS para el 2016, mientras que en el segundo se utilizan datos de la OECD para el 2017.

TABLA 7:
Densidad médicos, profesionales nucleares y especialista, 2016 y 2017

	Densidad médicos*	Densidad profesionales nucleares*	Densidad médicos especialistas**
Arica y Parinacota	1,4	3,6	0,7
Tarapacá	1,4	3,5	0,5
Antofagasta	1,2	3,0	0,7
Atacama	1,2	2,9	0,5
Coquimbo	1,2	2,7	0,6
Valparaíso	1,4	3,0	1,0
O'Higgins	1,1	2,6	0,8
Maule	1,1	2,9	0,5
Biobío	1,5	3,5	0,9
Araucanía	1,5	3,3	0,9
Los Ríos	1,7	3,7	0,9
Los Lagos	1,6	3,8	0,9
Aysén	3,1	5,4	1,1
Magallanes	1,9	4,7	1,4
Metropolitana	1,4	2,9	1,5
Total Nacional	1,4	3,1	1,3

* En APS Municipal y Servicio de Salud (por 1000 beneficiarios Fonasa) ** En ambos sectores (por 1000 habitantes).

Fuente: Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Minsal, 2017 (Densidad médicos y profesionales nucleares); Informe sobre brechas de personal de salud en los Servicios de Salud y estado de situación de los Recursos Humanos de Salud en Chile. Minsal, 2019 (Densidad médicos especialistas)

En este contexto, el incremento de mayores recursos puede ser una posible medida para mejorar la capacidad de producción del sistema de salud y, en consecuencia, para que exista una entrega más oportuna de

las prestaciones a la población. Ahora bien, esta idea, si bien parece razonable a luz de lo visto en párrafos anteriores, tiene que ser analizada con mayor detención. Es esperable que mayores recursos impliquen una mayor producción y, por lo tanto, mejores resultados sanitarios, en la medida que el sistema de salud sea eficiente a nivel operativo y en la prestación. No obstante, tal como señala la Comisión Nacional para la Productividad (CNP) en su informe de enero del 2020, en el periodo 2014-2017, si bien hubo un incremento equivalente a un 28% de recursos al sistema de salud, la producción sanitaria, medida en términos de egresos hospitalarios, aumentó tan sólo en un 5%. Más aún, en cuanto a días camas ocupados, la variación fue tan sólo de un 1%. Asimismo, a nivel hospitalario se han detectado niveles significativos de ineficiencia en el proceso quirúrgico. Por ejemplo, en cuanto a la productividad de los pabellones, Chile tiene una tasa promedio de 3,3 cirugías diarias versus las 5,1 cirugías diarias de Reino Unido (CNP, 2020). Adicionalmente, las intervenciones electivas parten con un retraso promedio de 40 minutos, mientras que el pabellón deja de ocuparse en promedio 2 horas antes del término de la jornada institucional (CNP, 2020).

De este modo, hay evidencia consistente con que el sistema estatal de salud tiene importantes ineficiencias. Por ello, más allá de incrementar recursos, es factible plantear que cualquier medida que busque aumentar la capacidad de prestación sanitaria debe adicionalmente considerar propuestas orientadas a mejorar la gestión en los distintos niveles de atención. En esta línea, a continuación se revisarán algunos de los determinantes que pueden estar incidiendo la gestión hospitalaria, en la atención primaria y gestión en red.

b. Hospitales

Si bien la gestión en salud depende de una multiplicidad de factores, un elemento clave a considerar son los mecanismos de financiamiento. El cómo se financian los establecimientos de salud no es trivial, toda vez que diferentes modalidades crean incentivos distintos en cuanto a una prestación oportuna, eficiente y de calidad⁴. En esta materia, como se revisó anteriormente, Fonasa es el principal pagador de los prestadores estatales, tanto de hospitales como de atención primaria. Según la Ley de Presupuestos 2020, Fonasa cuenta, en su presupuesto inicial, con \$6.688.014 millones para financiar prestaciones de salud, siendo estos recursos históricamente traspasados a través del Programa de Atención Primaria de Salud (APS), el Programa de Prestaciones Institucionales (PPI) y el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV). Sin embargo, en 2020 se reemplazó por primera vez el PPV por el Programa de Grupos Relacionados a Diagnósticos (GRD). Los motivos de este cambio los veremos a continuación.

⁴ Para profundizar en los distintos métodos de pagos, sus ventajas y desventajas, ver Informe "Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud" elaborado por el Centro de Estudios Públicos y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile publicado en 2017.

En cuanto a los hospitales, sus principales fuentes de financiamientos son el PPI y el programa GRD. En el primer caso, son fondos traspasados directamente a los establecimientos de acuerdo a criterios retrospectivos, cuyo objetivo es cubrir gastos operacionales fijos. La Ley de Presupuestos 2020 establece \$1.528.976 millones por concepto de PPI. En el segundo caso, el gobierno estableció por primera vez que los hospitales sean financiados por GRD, modalidad que realiza pagos en función del costo estimado que los hospitales deben incurrir para que sus pacientes de similar diagnóstico egresen. En el presente año, el programa de GRD tiene un presupuesto equivalente a \$3.165.952 millones (Ley de Presupuestos 2020). Adicionalmente, los hospitales reciben financiamiento del Ministerio de Hacienda por medio del programa de Inversión Sectorial en Salud perteneciente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales. En 2020 este programa estuvo inicialmente compuesto por \$886.093 millones.

El financiamiento y modalidad de pago hospitalario históricamente ha estado sujeto a críticas. Por un lado, se menciona que el componente retrospectivo (PPI) crea un desincentivo a la eficiencia, toda vez que el método de pago no está anclado a una variable de producción ni de resultado, es decir, dado que es un presupuesto histórico los hospitales reciben recursos independiente de su desempeño. No obstante, la principal crítica se ha enfocado al PPV, que traspasaba recursos en función de prestaciones entregadas (fee for services). Si bien esta modalidad favorecía la producción en volumen, en contrapartida no permitía la contención costos (CEP y Universidad de Chile 2017). Dado este escenario, en un inicio se empezó pilotear el pago por GRD en diversos hospitales públicos, culminando por el reemplazo total en la Ley de Presupuestos 2020 del PPV por los GRD. La principal ventaja del GRD radica en que incentiva la eficiencia dado que el pago se ajusta a una variable de resultado (egreso). Aunque es prematuro evaluar este cambio, debido a la proximidad de su implementación, cabe mencionar que la reforma implementada por el gobierno está en línea con las sugerencias respecto a modalidades de pago que incentiven una mayor eficiencia hospitalaria (Ahumada et al. 2016; CEP y Universidad de Chile 2017).

Si bien este cambio representa un avance importante hacia una mejor gestión hospitalaria, aún persisten otros elementos que estarían perjudicando el desempeño de los hospitales. Entre ellos, destaca la baja autonomía que tienen los hospitales para tomar decisiones estratégicas en su funcionamiento. Por un lado, las decisiones de inversión y reposición de infraestructura y equipamiento están centralizadas en el Ministerio de Hacienda, lo cual desincentiva la mantención y cuidado del capital físico (Butelmann et al. 2014). Y, por otro lado, los hospitales conviven con una alta rigidez administrativa en la gestión de recursos humanos. Por de pronto, las políticas de remoción de cargos directivos, definición de remuneraciones y dotación están centralizadas en el Minsal, lo cual dificulta una gestión eficiente de la infraestructura hospitalaria (i.e. subutilización de pabellones) y genera escasez de recursos (i.e. falta de médicos especialistas). Además, la centralización en la toma de decisión implica que los directivos en los hospitales perciban un menor grado de responsabilidad y, en consecuencia, un menor sentido de rendición de cuenta. Así, el ver cómo aumentar los espacios de autonomía y el sentido de responsabilidad se vuelven preguntas

necesarias para avanzar hacia un sistema con hospitales más capaces de ofrecer prestaciones oportunas y eficientes.

c. Atención primaria

Del mismo modo, la Atención Primaria en Salud (APS) cumple un rol clave. En la medida de que la APS sea más resolutive, menor demanda por prestación tendrán los hospitales y, en consecuencia, estos últimos podrán focalizar sus recursos en las atenciones de mayor complejidad y urgencia. Asimismo, mejoras a este nivel permitirá avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, toda vez que será posible ampliar la cobertura a territorios más periféricos y rurales del país (Fabrega, 2013).

Por lo tanto, es fundamental identificar posibles deficiencias en la gestión de la APS. Un primer determinante, en línea con lo expuesto anteriormente, corresponde a la estructura de financiamiento. Al respecto, el principal financista de la APS es Fonasa, que entrega \$1.993.086 millones por medio su Programa APS (Ley de Presupuestos 2020). La asignación de estos recursos se realiza conforme al tipo de dependencia del establecimiento. Por una parte, los centros que dependen de los Servicios de Salud reciben un 11% del total de recursos, siendo los modos de pagos de dos tipos: uno prospectivo por prestación y otro histórico⁵.

Por otra parte, tomando en consideración el presupuesto inicial 2020, los establecimientos municipales de APS reciben un 89% del total de recursos del Programa APS de Fonasa (Ley de Presupuestos 2020)⁶. Estos fondos se entregan de diversas formas. La mayor proporción de recursos, un 73% en 2020⁷, se traspasa por medio de un mecanismo de pago per cápita⁸. Esta modalidad traspasa fondos a las municipalidades en función del tamaño de la población beneficiaria inscrita en los establecimientos de salud primaria de cada comuna, considerando el precio de una canasta de prestaciones básica, denominada Plan de Salud Familiar (PSF)⁹. El PSF busca representar las prestaciones que deben recibir los beneficiarios a nivel primario de salud. Este cálculo se realiza considerando una población tipo de 10.000 habitantes, representativa de

⁵ Se considera como establecimiento de atención primaria dependiente de los Servicios de Salud aquellos administrados por ellos mismos o por alguna ONG que haya celebrado un convenio con el respectivo Servicio de Salud considerado en el DFL36/80.

⁶ La distribución de recursos entre establecimientos APS dependiente de los Servicios de Salud y Municipio se establece en la glosa 1 y 2 del Programa de Atención Primaria en Ley de Presupuestos.

⁷ Ver Decreto n°55-2020 del Ministerio de Salud (<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1143428>)

⁸ La regulación de este mecanismo de pago está definido en el artículo 48° de la Ley 19.378.

⁹ Canasta incluye las prestaciones de diversos programas de salud, que van desde la garantías explícitas de salud entregadas a nivel primaria hasta programas del niño, del adolescente, del adulto y adulto mayor, de la mujer, odontológicos. Ver detalle de prestaciones en <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1143428>

la población nacional en relación al perfil demográfico¹⁰.

Con todo, la estimación del PSF permite el cálculo de un monto per cápita basal, el cual es homogéneo para todas las comunas. Posteriormente, este monto basal se ajusta en función de las siguientes dimensiones¹¹: el nivel socioeconómico¹², la ruralidad¹³, la dificultad para prestar atención en salud, la dificultad para acceder a la atención en salud, el número de prestaciones anualmente programadas en los establecimientos comunales y el número de prestaciones efectivamente entregadas¹⁴. Esta forma de estimar el monto per cápita (componente fijo y variable) se aplica a 275 comunas entre las 322 comunas que reciben fondos (porque tienen atención primaria). En tanto, hay 47 comunas que reciben un monto per cápita fijo. Este último grupo de comunas tiene un método de pago distinto ya que su tamaño poblacional es menor (3.500 habitantes o menos) y, por lo tanto, los supuestos de estimación vistos anteriormente no son extrapolables. Por último, es importante notar que los montos per cápita, en un primer momento, son traspasados desde Fonasa hacia los respectivos Servicios de Salud y, en un segundo momento, estos últimos reparten los fondos entre las municipalidades considerando los mismos criterios de distribución. Ahora bien, la autoridad comunal distribuye de manera discrecional estos recursos entre sus distintos centros de salud.

Una segunda modalidad de pago del Programa APS de Fonasa corresponde a una forma prospectiva por prestación¹⁵. En este caso se entregan recursos una vez que los Servicios de Salud y el municipio celebren un convenio, cuyo objeto sea implementar normas técnicas, planes o programas del Minsal que no hayan estado previamente considerados en el Plan de Salud Familiar. A estos recursos, generalmente, se les llaman fondos de Reforzamiento Municipal. Finalmente, el Programa APS de Fonasa entrega recursos a los municipios para financiar diversos tipos de bonificaciones que reciben los funcionarios sanitarios a nivel

¹⁰ Además, el PSF considera los rendimientos asociados a la escala poblacional.

¹¹ Ver artículo 49° de la Ley N°19.378.

¹² Se mide usando dos variables. La primera es pobreza municipal que considera el nivel de dependencia del municipio al Fondo Común Municipal. En función de los tramos de dependencia el monto basal aumenta en 0%, 6%, 12% y 18%. La segunda es el riesgo etario que incrementa el monto basal en una tarifa fija por adulto mayor de 65 o más años en la población beneficiaria.

¹³ Se mide usando el índice de ruralidad del Censo 2002. Se construye una variable dicotómica en donde las comunas rurales experimentan un incremento de un 20% del monto per cápita basal. Se considera rural toda comuna con una población rural igual o mayor al 30% y toda comuna que administre algún centro de atención rural.

¹⁴ Corresponde a una medición que en función del no cumplimiento de metas definidas se van descontando los montos traspasados.

¹⁵ El traspaso de estos fondos está regulado en el artículo 56° de la Ley 19.378

comunal¹⁶.

Junto con los recursos provenientes de Fonasa, la APS municipal complementa su financiamiento a través de otras fuentes de ingreso. En primer lugar, la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene los siguientes programas: (i) el Programa Campaña de Invierno: pago por servicio en el contexto de un refuerzo estacional dada una mayor demanda esperada por enfermedades respiratorias agudas; (ii) el Programa de Trato de Usuario: pago por desempeño que complementa remuneración de funcionarios de salud municipal; (iii) Programa Apoyo al Recién Nacido: programa de protección social que busca mejorar las condiciones de atención y desarrollo infantil; (iv) Inversión Sectorial: recursos para financiar obras civiles y equipamiento. En segundo lugar, la Subsecretaría de Salud Pública también dispone de los siguientes programas que son potenciales fuentes de financiamiento de los municipios: (i) Programas especiales, (ii) Programa Nacional de Alimentación Complementaria; (iii) Programa Ampliado de Inmunización; (iv) Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor.

Por último, los municipios pueden usar ingresos propios para financiar sus establecimientos. En 2019, según datos de la Contraloría General de la República, el aporte propio municipal fue de \$82.817 millones, lo cual equivale a un 7% del total de monto per cápita recibido por las municipalidades desde Fonasa.

TABLA 8:
Financiamiento complementario de APS-Municipal

Subsecretaría de Redes Asistenciales	Miles pesos (2020)	Subsecretaría de Salud Pública	Miles pesos (2020)
Programa de Apoyo al Recién Nacido	15.461.491	Programa Especiales	4.387.946
Programa Campaña de Invierno	4.777.935	Programa Nacional de Alimentación Complementaria	44.937.770
Atención Primaria, Ley N° 20.645 Trato Usuario	11.760.611	Programa Ampliado de Inmunizaciones	69.795.848
Inversión sectorial	886.092.547	Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor	24.562.966

Fuente: Ley de Presupuestos 2020

¹⁶ Se financian lo establecido en las leyes N°19.813, N°20.157 y N°20.250.

Con todo, la salud primaria municipal cuenta con múltiples fuentes de financiamiento cuyo objetivo es tanto la ejecución del Plan de Salud Comunal como la implementación de las políticas y programas sectoriales. Ahora bien, esta estructura de financiamiento crea diversos problemas en materia de gestión que a continuación revisaremos.

En primer lugar, el método de pago per cápita, si bien tiene como uno de sus objetivos minimizar costos en la prestación, dado el contexto organizacional, el APS municipal tiende a reducir sus obligaciones a través de una sobre derivación de pacientes a servicios de atención más complejos (i.e. hospitales) y no incentiva la búsqueda de proceso operacionalmente más eficientes al interior del establecimiento municipal (CEP y Universidad de Chile, 2017). Por lo tanto, el método de pago, aparte de no ser efectivo en cuanto al propósito de promover una mayor eficiencia operacional, contribuye al problema de lista de espera a nivel de atención hospitalaria. Este punto es de extrema relevancia debido que finalmente esta modalidad de pago perjudica el rol de “puerta de entrada” que debieran cumplir los establecimientos de atención primaria.

Un segundo elemento relativo al monto per cápita corresponde a un problema de equidad. En particular, el cálculo del monto a repartir, si bien considera la edad poblacional, no internaliza la verdadera carga de enfermedad de la población atendida en los respectivos centros de salud municipal. La incorporación de información sobre el perfil epidemiológico de los beneficiarios (i.e. prevalencia de enfermedades crónicas, tales como hipertensión o diabetes) permitiría distribuir los recursos de manera más eficiente y equitativa dada las necesidades de atención de la población. Adicionalmente, se plantea que el monto per cápita subestima los costos reales de prestación a nivel primario, permitiendo que sólo los municipios con mayores ingresos propios puedan compensar una estructura de ingreso deficitaria.

Un tercer elemento está relacionado a la calidad de las prestaciones. Como se revisó, uno de los indexadores que ajustan el monto per cápita corresponde al número de prestaciones que efectivamente entregó el municipio. Al respecto, la prestación se evalúa en función del índice de Actividades de la Atención Primaria de Salud, a través del cual los municipios pueden sufrir recortes de los fondos entregados en el caso de tener un desempeño deficiente. Si bien este instrumento busca crear un incentivo fiscal para que los establecimientos municipales entreguen servicios de calidad, la herramienta probablemente falla por: (i) definir metas de producción (población atendida) y no metas de resultados (objetivo sanitarios, como reducción tasa de obesidad); (ii) tener metas poco exigente¹⁷; (iii) ser el castigo de reducción presupuestaria poco creíble dado que los recortes tienden a reintegrarse.

Adicionalmente, la gestión de la APS presenta otros desafíos. Por un lado, el déficit en la capacidad instala-

¹⁷ Por ejemplo, para el 2020 se fija como meta el control médico de tan solo el 18% de los adolescentes entre 10 y 14 años; o, que tan sólo el 30% de la población con algún tipo de diabetes esté siendo tratada

da de los establecimientos representa una problemática importante de atender. En general, los territorios rezagados no disponen siempre del soporte ni del capital humano capacitado para prestar una atención efectiva. En la actualidad, los equipos de la APS más completos están conformados por equipos multidisciplinarios compuestos por médicos, enfermeras, matronas, asistentes social, nutricionistas, kinesiológicos, psicólogos, tecnólogos médicos, profesores de educación física. No obstante, no todos los establecimientos cuentan con tal diversidad de capital humano en su equipo de trabajo. Además, los médicos, recurso humano estratégico, presentan una alta rotación y no siempre cuenta con la especialidad recomendada para este nivel de atención (medicina familiar). Adicionalmente, hay un déficit en el equipamiento de soporte que estos equipos necesitan para su funcionamiento, tales como recursos terapéuticos y de diagnósticos.

TABLA 9:
Médicos contratados por APS Municipal, 2013

Categoría médico	Número	Porcentaje
Médico general o sin certificación de especialidad	3248	89,4%
Médico de familia	244	6,7%
Otra especialidad	142	3,9%
Total especialistas	3634	100,0%

Fuente: DIVAP, en Fabrega (2017)

Gestión en red

Finalmente, la gestión a nivel hospitalario y primario está condicionada por el rol que puede cumplir los Servicios de Salud en materia de coordinación. En este sentido, la gestión en red corresponde al trabajo que deben realizar los Servicios de Salud con el objeto de modular la demanda para prestar una atención resolutive a su población a cargo. Por de pronto, en la medida que la atención primaria sea más resolutive, menor será la demanda de los hospitales, lo cual permitirá finalmente que el sistema entregue prestaciones más oportunas (menor listas de espera). Asimismo, mientras mayor sea la coordinación entre hospitales, más resolutive será el sistema, toda vez que podrá aprovechar eventual capacidad ociosa de la red.

Sin embargo, los Servicios de Salud no disponen de las herramientas necesarias para coordinar su red de prestadores, lo cual podría explicar una parte del rezago en esta materia.

Por un lado, los Servicio de Salud no cuentan con los instrumentos necesarios para alinear a los hospitales a los objetivos de la red (CEP y Universidad de Chile, 2017). Por ejemplo, la selección y remoción de los directores del hospital depende directamente del Minsal y; asimismo, el presupuesto anual es discutido directamente con la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Ministerio de Hacienda. Por otro lado, los Servicios de Salud presentan complicaciones para alinear a los establecimientos APS, principalmente, porque la mayoría son dependientes de los municipios y, adicionalmente, una parte relevante de su financiamiento (los montos per cápita) y métodos de pagos está definidos desde el Minsal. Es cierto, que los Servicios de Salud cuentan con la posibilidad de celebrar convenios con los municipios; sin embargo, la capacidad de influencia se reduce dada la menor magnitud de este financiamiento en relación a los totales recibidos vía el pago per cápita. Asimismo, la dificultad de coordinar los establecimientos APS se acentúa dada la heterogeneidad de capacidades existentes en las municipalidades.

IV. PROYECTOS DE LEY EN TRAMITACIÓN: “MEJORA SALUD” Y “SEGURO CATASTRÓFICO”

Frente el desafío que implica mejorar nuestro sistema de salud, el actual gobierno ha presentado una serie de proyectos que abordan algunos de los elementos desarrollados en los apartados anteriores. En particular, hay dos proyectos de ley en distintos trámites constitucionales que proponen cambios sustantivos al sistema de salud. A continuación, se revisarán estas propuestas.

a. Mejor Fonasa (Boletín 13.863-11)

En enero del 2020 el gobierno presentó a la Cámara de Diputados el proyecto de ley que “reformular el Fondo Nacional de Salud y crea un Plan de Salud Universal”, más conocido como “Mejor Fonasa”. A fines de octubre, producto de la lenta tramitación, el Ejecutivo cerró la tramitación de este proyecto y posteriormente presentó un nuevo mensaje presidencial en el Senado, que actualmente está en su primer trámite constitucional. Este tiene principalmente dos propósitos: por un lado, garantizar a los beneficiarios de Fonasa una atención de salud de calidad, oportuna y accesible; y, por otro lado, transformar a Fonasa en un verdadero seguro nacional de salud.

Para aquello, el proyecto tiene al menos seis focos que son importantes de resaltar. Un primer elemento corresponde a la creación de un Plan de Salud Universal (PSU) que corresponde a un “instrumento de cobertura sanitaria que tiene como fin lograr una cobertura universal de salud, a través de la inclusión de un

conjunto de servicios prioritarios en salud, entregados a los beneficiarios con una protección financiera determinada de acuerdo a los recursos financieros con se cuenta". En este marco, el instrumento propuesto tiene una serie de características:

1. Garantía de acceso y calidad de un conjunto de prestaciones que actualmente no son parte de las enfermedades GES. Entre ellas destaca: exámenes de medicina preventiva y manejo de enfermedades crónicas, hospitalización, atención de urgencia, maternidad y cuidados de recién nacidos, medicamentos e insumos hospitalarios, examen de laboratorios.
2. Cobertura financiera mínima a los beneficiarios Fonasa de un 80% y de un 100% para las personas con un ingreso menor al salario mínimo y para personas mayores de 60 años.
3. Garantía de oportunidad en cuanto que algunos servicios contenidos en el plan serán otorgados dentro de un plazo máximo.
4. Todos los beneficiarios de Fonasa podrán tener acceso a este plan sin que exista discriminación por sexo, edad o carga de enfermedad.

Como segundo elemento el proyecto propone **una reforma sustantiva a Fonasa, en cuanto a su rol, facultades y gobernanza**. El propósito declarado de estos cambios es buscar que Fonasa se transforme en un verdadero seguro público que sea capaz de garantizar el acceso, oportunidad y calidad de atención a sus beneficiarios. Para lograr esto, el proyecto propone:

1. Un nuevo rol para Fonasa. El proyecto define que el objeto de Fonasa será "asegurar el otorgamiento del PSU a que tendrá derechos sus beneficiarios" y "velar por el debido cumplimiento de las obligaciones de acceso, y cuando corresponde, de oportunidad, de los servicios definidos". De esta forma, se busca que Fonasa avance tenga una función más como asegurador público que como una "caja pagadora".
2. Un nuevo modelo de atención. Se plantea que Fonasa tendrá la función de "establecer una red de prestadores de salud para el otorgamiento del PSU". De este modo, tendrá que gestionar por medio de convenios una red de colaboración entre los distintos establecimientos sanitarios estatales. Asimismo, el proyecto plantea que en el caso que Fonasa tenga que contratar servicios fuera de la red pública con el objeto de cumplir con el PSU pueda recurrir a hospitales universitarios, hospitales institucionales, establecimientos privados sin fines de lucro u otros. La prelación estaría fijada por un Consejo Directivo que más adelante se detalla. Ahora bien, el proyecto plantea que, en el escenario que sea necesaria la contratación de servicios fuera de la red estatal, este proceso se hará considerando como precio máximo los valores usados por los hospitales públicos.
3. Prohíbe a los Servicios de Salud y los Establecimiento Autogestionados celebrar convenios con terceros para entregar alguna prestación en salud. El motivo de aquello es que Fonasa tendrá esta atribución y "obligar" a los establecimientos a prestar atención sujeto a las capacidades instaladas.
4. Una nueva gobernanza. Se establece un gobierno cooperativo para Fonasa, con un Consejo Di-

rectivo compuesto por el director de Fonasa y cuatro miembros adicionales seleccionados por el Presidente de la República a través de Alta Dirección Pública. Además, se propone un Consejo Consultivo compuesto por diez miembros. Entre las funciones de primer órgano está: el aprobar los criterios para la definición de la red de prestadores y proponer precio de compra y/o las asignaciones de transferencias.

Un tercer elemento a destacar son dos líneas que apunta a **fortalecer la Atención Primaria de Salud**. Por un lado, el proyecto sostiene que los establecimientos APS enfrentarán una mayor fiscalización dado que Fonasa tendrá mayores atribuciones para controlar a los prestadores de su red definida. Y, por otro lado, el proyecto propone modificar los criterios de distribución de recursos hacia los establecimientos APS, considerando criterios objetivos fijado vía reglamento por el Minsal.

Como cuarto punto está la **creación de un seguro de medicamentos ambulatorios** con el propósito de "... contribuir al pago total o parcial de medicamentos genéricos de uso ambulatorio definidos en la Canasta de Medicamentos del Seguro para los beneficiarios de Fonasa, reduciendo de esta manera su gasto de bolsillo". El gobierno declara la expectativa de incluir cerca de los 200 medicamentos más demandados con receta médica¹⁸.

Como quinto punto el proyecto considera una **modificación a la Modalidad de Libre Elección**. Se establece que los profesionales de salud deberán inscribirse para poder atender a través de MLE, mientras tanto, Fonasa definirá los establecimientos que podrán ofrecer prestaciones vía MLE. Asimismo, la cobertura financiera tendrá un tope de un 60% del valor de la prestación en el PSU, exceptuando los partos y las urgencias.

Finalmente, se establece que el PSU **no implicará un alza en el 7% de cotización en salud** y que será financiado por medio de las cotizaciones de los afiliados a Fonasa más gasto fiscal.

b. Seguro catastrófico (Boletín 12.662-11)

En su segundo trámite constitucional está el proyecto de ley enviado por el gobierno llamado "Seguro de Salud Catastrófico". Este proyecto busca asegurar que los beneficiarios de Fonasa enfrenten un gasto máximo y conocido, cuando experimenten una enfermedad cuya intervención quirúrgica y/o tratamiento implique un alto costo financiero y opten por la Modalidad Libre Elección. El proyecto establece una garantía de cobertura financiera para todas las prestaciones necesarias para acceder a un tratamiento efectivo e integral. La Subsecretaría de Salud Pública elaborará una "canasta de prestaciones prioritarias" en

¹⁸ Ver <https://www.gob.cl/mejorfonasa/>

función de las prioridades sanitarias, las listas de espera no GES y situación de los beneficiarios, un análisis costo-efectivo de cada enfermedad, entre otros criterios. Luego, Fonasa establecerá el conjunto de tratamientos e intervenciones que tendrá el seguro, tales como cirugías, honorarios médicos, hospitalización, medicamentos, atención post hospitalaria, entre otros.

En su actual tramitación, el proyecto propone que el deducible debe definirse en función del ingreso familiar mensual de los beneficiarios. En particular, se establece que será equivalente a 4,8 veces el ingreso del grupo familiar compuesto por el afiliado y sus dependientes, dividido por el número de integrantes de dicho grupo. Para los tramos C y D el deducible no podrá ser inferior a 4,8 veces el ingreso mínimo mensual y para el tramo B no podrá ser inferior a 2,5 veces dicho ingreso mínimo. Por lo tanto, los costos de las intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos que estén sobre estos topes serán cubiertos por Fonasa. Asimismo, en el caso que el beneficiario enfrente más de un problema de salud de alto costo, el proyecto determina un gasto máximo anual, equivalente a 4,8 veces el ingreso mínimos mensuales para los tramos C y D y 3,8 ingreso mínimos mensuales para el tramo B.

Uno de los elementos que ha centrado la discusión legislativa corresponde a la inclusión del tramo A en este beneficio. En este sentido, en su versión original este proyecto estaba pensado para ser un seguro de salud para la clase media dado los altos copagos reales que debía asumir cuando demandada prestaciones privadas. No obstante, en su primer trámite constitucional, la Cámara de Diputados incluyó en este proyecto como beneficiario al tramo A con un deducible equivalente a 2,5 veces el ingreso mínimo mensual. Sin embargo, en la actual tramitación la Comisión de Salud del Senado propuso la creación de un programa especial para que los beneficiarios del tramo A puedan hacer uso de este seguro sólo por medio de la Modalidad de Atención Institucional, pero sin asumir deducible alguno. Este programa (“normativa espejo”) propone que Fonasa asegure que los beneficiarios del tramo A tendrán igual acceso por medio la MAI a las mismas prestaciones que recibieron los beneficiarios del tramo B vía MLE por concepto de este seguro el año anterior. El argumento para excluir al tramo A de la MLE corresponde principalmente a los incentivos que pueden crearse al “privatizar” las prestaciones recibidas por este grupo dado los problemas de acceso y oportunidad presentes en la atención estatal.

Finalmente, otro elemento en donde aún no hay acuerdo es respecto al rol de los establecimientos privados en la entrega de estas prestaciones. En particular, el proyecto contempla que el seguro se hará efectivo por medio de convenios entre Fonasa y prestadores del SNSS y, adicionalmente, en el caso que sea necesario a través de establecimientos universitarios o de las fuerzas armadas. Ahora bien, el Ejecutivo promueve la participación de establecimientos privados vía convenios como último en el orden de prelación, sujeta a una licitación pública considerando aranceles referenciales obligatorios. En contraste, los parlamentarios de oposición de la Comisión de Salud han presentado dudas en torno a esta última idea dado que puede desencadenar una “externalización” de estas prestaciones al sector privado. Así, estos últimos Senadores

argumentan que, en vez de permitir la participación de privados, el proyecto debiese mejorar la capacidad de prestación de la red de establecimientos estatales.

V. PROPUESTAS

Tras la revisión anterior, es posible plantear que el sistema sanitario de nuestro país enfrenta al menos tres grandes desafíos: (i) cómo avanzar hacia un sistema que sea capaz de entregar una atención en salud más oportuna a los chilenos y, en particular, a los grupos más vulnerables, (ii) cómo construir un sistema más equitativo en cuanto a acceso y calidad en las prestaciones de salud, y (iii) cómo reducir el riesgo financiero que perciben las familias chilenas frente la posibilidad de una enfermedad.

El presente apartado presenta un conjunto de propuestas para el sistema de salud en Chile post pandemia, tomando en consideración el diagnóstico anterior y las materias legislativas en discusión.

1. Atención Primaria en Salud: la puerta de entrada al sistema.

El sistema de salud post pandemia debe necesariamente asumir el desafío respecto a cómo mejorar la atención primaria. Los establecimientos APS deben ser verdaderas “puertas de entrada” que sean capaces de entregar a la ciudadanía de manera resolutiva y oportuna prestaciones no complejas, tales como consultas médicas o prestaciones ambulatorias simples. Esto, adicionalmente, puede ayudar descongestionar los hospitales, permitiendo que estos últimos hagan un mejor uso los recursos hacia las atenciones de mayor urgencia o complejidad. Al mismo tiempo, el fortalecimiento de la APS es consistente con avanzar hacia un sistema más equitativo dado que estos establecimientos son prácticamente la única alternativa de atención en zonas más extremas y periféricas.

Al respecto, si bien el proyecto “Mejor Fonasa” asume claramente este desafío, los lineamientos que plantea son insuficientes, ya que no profundizan en los mecanismos a utilizar para mejorar la fiscalización y el financiamiento de los establecimientos APS.

A continuación, se propone tres grandes propuestas para mejorar la atención primaria chilena.

1.1. Financiamiento: ajustar por perfil epidemiológico e incentivar la resolutividad.

En los apartados anteriores se observó que la principal fuente de financiamiento de los establecimientos APS municipal son los recursos que reciben por medios del método capitado (73% del total APS – Municipal de Fonasa). Tal como vimos anteriormente, este mecanismo, a pesar de considerar características de

la población beneficiaria, no internaliza correctamente la verdadera carga de enfermedad de las personas. Esta realidad genera un problema que afecta directamente la capacidad de la APS de entregar prestaciones efectivas a sus beneficiarios y, adicionalmente, acentúa la inequidad inter comunal, debido que solo los municipios con altos ingresos propios pueden subsanar el déficit de recursos previo. Por lo tanto, se propone **reformular los criterios usados para calcular los montos per cápita, de modo tal que pondere más la información sobre el perfil epidemiológico de los beneficiarios**. Se espera que el nuevo mecanismo considere la carga de enfermedad de la población atendida, en cuanto al perfil etario, la presencia de enfermedades crónicas, tales como hipertensión, obesidad y diabetes, y enfermedades catastróficas, como el cáncer.

Adicionalmente, la actual estructura de financiamiento estaría incentivando la sobre derivación de pacientes a instancias de mayor complejidad. Por ello, es fundamental repensar las modalidades de pagos con el objetivo de que fomenten la resolutivez al interior de la APS. Al respecto, se propone **incorporar una modalidad de pagos por desempeño (pago por egreso) que puede ser aplicada a la distribución de los recursos de los programas de ambas Subsecretarías**. En esta misma línea, sería pertinente rediseñar estos programas, de modo tal de reducir la actual fragmentación de los fondos que son alternativos al per cápita –lo cual a su vez conlleva a una restricción presupuestaria blanda para los establecimientos APS. Junto con lo anterior, se propone que la fiscalización y evaluación hecha por el nuevo Fonasa utilice **indicadores asociados a variables de resultados** (i.e. tasa de obesidad) en vez de variables de producción (ie. población atendida), como actualmente se usan en el índice de Actividades de la Atención Primaria de Salud. Esto último es igualmente relevante para incentivar una mayor promoción y prevención y una mayor resolutivez por parte de los establecimientos APS.

1.2. Capacidad instalada: equipo humano multidisciplinar y aprovechar la oportunidad de la digitalización.

Una condición necesaria para que la APS sea una “puerta de entrada” corresponde a la existencia de un equipo profesional que sea capaz de prestar atención a la población. Para lograr aquello, se propone, por una parte, **elaborar una estrategia cuyo objetivo sea atraer a futuros profesionales hacia la APS, de modo tal que vean en dicha instancia un lugar de formación efectiva tanto profesional como personal**. Este esfuerzo debiese estar liderado por la autoridad sanitaria e integrar a centros educacionales tanto de la región Metropolitana como del resto de las regiones. Asimismo, incluir a las respectivas instancias de representación gremial de los profesionales a fines. Por otra parte, se sugiere **fortalecer los incentivos pecuniarios** ofrecidos a los profesionales de la salud que están ejerciendo en APS y, sobre todo, en zonas más extremas.

Además, es importante **avanzar hacia un modelo atención digital**. Según la Subsecretaría de Telecomuni-

caciones (2017) un 87,4% de los hogares tiene acceso a internet, lo cual permite pensar en modalidades de atención remota (i.e. telemedicina) cuando se trata de prestaciones de baja complejidad. En esta línea, la creación del portal Hospital Digital representa sin dudas un avance significativo en esta dirección. Creemos que es fundamental seguir fortaleciendo esta iniciativa, ya que, por un lado, permitiría aumentar la cobertura en especial en zonas más lejanas de los establecimientos de salud y, por otro lado, representaría una oportunidad de complejizar las prestaciones ofrecidas dado que se podría acceder a profesionales especialistas que no está físicamente disponible en la zona, pero sí lo está en una más metropolitana.

1.3. Participación comunitaria: mayor rendición de cuentas, fomentar enfoque de prevención y promoción sobre curación.

Por último, la APS post pandemia debe apuntar hacia un modelo en que la población beneficiaria no sea un receptor pasivo de prestaciones, sino que un protagonista en las distintas etapas de producción. En este sentido, es clave considerar que el sistema de salud, en general, y la APS, en particular, corresponde a una intervención comunitaria, en donde muchas veces los factores de riesgos asociados a hábitos y conductas están estrechamente ligados al contexto en el cual los individuos se desarrollan. Asimismo, la comunidad beneficiada a nivel local puede cumplir un rol fundamental aumentando los niveles de rendición de cuenta de las autoridades locales, ayudando a alinear la conducta de estos últimos en torno las brechas sanitarias de la población.

En esta línea, estudios cualitativos a nivel nacional muestran experiencias satisfactorias en donde comunidades participan de manera efectiva en los procesos de priorización, promoción y prevención en salud primaria (Arredondo 2008, González et al. 2013). También, la experiencia comparada muestra casos en donde un involucramiento comunitario activo en las distintas etapas de producción se relaciona con mejores resultados sanitarios (Bath & Wakerman 2015).

Ahora bien, el involucramiento a nivel primario enfrenta múltiples desafíos, tales como aumentar el número y reducir la rotación de las personas que participación. Para aquello, como sostienen Olave y Torres (2019), sería importante hacerse cargo al menos dos factores subyacentes a esta problemática: la desmotivación por parte de la comunidad al no observar resultados de corto plazo y la incertidumbre respecto a la real consideración de sus opiniones en la toma de decisión.

Para avanzar en esta línea, una alternativa interesante a explorar es el fortalecimiento de la participación de las comunidades por medio de los **Consejos de Desarrollo Local de Salud (CDL)**, instancia propia de los establecimientos APS, la cual está integrada por representantes de la comunidad, funcionarios y equipo directivo de los centros de salud. En este sentido, estudios cualitativos han mostrado resultados positivos de estas instancias colaborativas, en donde los beneficiarios perciben una mayor corresponsabilidad en el

cuidado de su salud (Arredondo 2008, Castro 2015, González et al. 2013). Del mismo modo, tal como proponen Olave y Torres (2019), sería pertinente implementar en los CDL **procesos de definición y monitoreo de compromisos y metas relacionadas a los programas de prevención y promoción de salud**.

2. Gestión hospitalaria: hacia un marco de mayor rendición de cuenta

Tal como se observó en apartados anteriores, los problemas de gestión no comprenden solamente a la atención primaria, sino también a los establecimientos de mayor complejidad. En este sentido, con el propósito de desarrollar un sistema sanitario más resolutivo y eficiente, el cambio en la modalidad de financiamiento instaurado en la Ley de Presupuesto 2020 – pasando de los PPV a los GRD- apunta en la dirección correcta. Asimismo, cabe destacar el proyecto “Mejor Fonasa”, ya que sus medidas –nuevo modelo de gestión, incorporación de gobierno corporativo en Fonasa, entre otros- buscan robustecer el rol de Fonasa, de modo tal de obtener ganancias de eficiencia en la compra de prestaciones e incentivar a los establecimientos de salud a tener una orientación más hacia los resultados producto de una restricción presupuestaria más estricta.

No obstante, hay otros elementos organizacionales que no están del todo atendidos. En particular, en el diagnóstico se menciona que la baja autonomía de los establecimientos hospitalarios desincentiva una mejor gestión. Por de pronto, dado que las decisiones de inversión y gestión de recursos humanos dependen de instancias superiores, los directores de hospital perciben un bajo nivel de responsabilidad respecto al desempeño de sus establecimientos. Ahora bien, desde el 2005 se han creado los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), que corresponden a hospitales autónomos en cuanto a la administración interna y gestión de recursos. Si bien la creación de los EAR es consistente en la búsqueda de una solución a las problemáticas anteriores, es cierto que no está exenta de dificultades. Por de pronto, en el tercer trimestre del 2019 se conocieron los resultados de una evaluación financiera a los EAR que arrojó que estos tienen una deuda total equivalente a \$307.705 millones a junio 2019 (CNN, 2019). Asimismo, este informe sostiene que tan sólo 7 de los 48 establecimientos evaluados cumplieron de manera satisfactoria los indicadores de desempeño. (CNN, 2019).

Así las cosas, avanzar hacia establecimientos con mayor autonomía debe necesariamente estar acompañado de mecanismos más exigentes de rendición de cuenta. De esta forma, será posible observar las ventajas provenientes de establecimientos más autónomos, pero sin descuidar la sostenibilidad financiera del sistema. En base a lo propuesto por Monge (2017), se sugiere **crear un Comité Directivo en cada Servicio de Salud**. Este órgano debiese tener funciones determinadas, tales como definir la planificación estratégica de la red de establecimientos, controlar la gestión del equipo ejecutivo de cada hospital, definir el esquema de remuneración del personal, determinar indicadores de gestión y tener la facultad de remover a directores de hospitales.

Si bien los EAR son consistentes con el propósito de dotar de mayor autonomía a los establecimientos de salud, las últimas evaluaciones revelan la necesidad de pensar en mecanismos que permitan alcanzar un mejor desempeño tanto en los EAR como en los hospitales dependientes de los SS. Así, la creación de un gobierno cooperativo a nivel de los SS permitiría aumentar la rendición de cuenta del equipo ejecutivo de los hospitales. En esta línea, creemos que varias de las propuestas para mejorar la eficiencia hospitalaria de la Comisión Nacional de Productividad (2020), tales como reducir los tiempos quirúrgico y de limpieza de pabellones, el entrelazar turnos para aprovechar mejor capacidad instalada y el hacerse cargo de ausentismo del personal de apoyo, son más factibles en la medida que los establecimientos cuenten con más autonomía y que los directores enfrenten un marco más exigente de rendición de cuenta.

Adicionalmente, esta medida no sólo ayudaría la gestión hospitalaria, sino también permitiría mejorar la capacidad del gestor de red – el Servicio de Salud (SS)- para integrar las prestaciones entre sus centros. En este sentido, es clave avanzar para que estos gobiernos cooperativos tengan real capacidad de decisión respecto a la administración de sus hospitales.

3. Caminar de manera gradual y responsable hacia un sistema solidario y de cobertura universal: Plan de Salud Universal, Fondo de Compensación Solidario y Transición.

En cuanto al desafío de avanzar hacia una mayor protección financiera inevitablemente hay que abordar el sistema mixto de aseguramiento. Como se revisó en los apartados anteriores, en ambos sistemas público y privado el problema de cobertura financiera es patente. En el primer caso, la dificultad del sistema estatal de ofrecer prestaciones oportunas y de calidad conlleva a que los beneficiarios de Fonasa utilicen prestaciones privadas, las cuales implica asumir mayores copagos. En el segundo caso, la selección por riesgos de las aseguradas privadas –basada en la premisa individualista a la momento de enfrentar riesgos sanitarios– estaría explicando los severos problemas de cobertura que experimentan los perfiles de riesgos más alto (i.e. mujeres, enfermos, adultos mayores). Con todo, se observa un sistema dual segmentado con escasos mecanismos de solidaridad.

Al respecto, los proyectos de ley presentados por el Ejecutivo apuntan en una dirección correcta para hacerse cargo de estos problemas, pero siguen siendo insuficientes. En el caso del “Mejor Fonasa”, como se analizó anteriormente, uno de los pilares del proyecto es crear un Plan de Salud Único (PSU). Entre las virtudes de esta propuesta destaca la expansión de la garantía de acceso y calidad a prestaciones más allá de las ya establecidas en el GES, considerando atenciones tan relevantes como tratamiento enfermedades crónicas, maternidad, atención de urgencia, entre otros. Además, contempla una cobertura financiera contingente al tramo del beneficiario de Fonasa, alcanzado el 100% para las personas más vulnerables y mayores de edad (60 años o más). Del mismo modo, destaca la creación del seguro para medicamentos

ambulatorios. Por otra parte, este proyecto busca reformar la MLE, de modo tal que Fonasa en su nuevo rol de seguro público pueda gestionar de mejor forma los copagos reales que sus beneficiarios pagan cuando acceden a prestaciones privadas. En el caso del proyecto de ley “Seguro catastrófico” también hay elementos que representan un avance significativo en la búsqueda de una mayor protección financiera. En particular, la propuesta busca fijar un tope máximo de pago por prestación en función del ingreso contingente del grupo familiar. Ahora bien, la creación de la “normativa espejo” que pretende compensar al Tramo A de Fonasa con la misma garantía de acceso ofrecida a los Tramos B, C y D, pero en la red de prestadores público, es un elemento debatible.

En esta línea, el presente informe tiene una serie de diferencias respecto a los proyectos en tramitación. En primer lugar, el PSU está pensando exclusivamente para los beneficiarios de Fonasa. En contraste, **se propone que el PSU opere en ambos subsistemas y que ofrezca una cobertura universal a toda la población.** Es decir, el plan propuesto, en cuanto la estandarización de contenidos, servicios mínimos y copagos y en cuanto al tope máximo en función de la renta, son elementos deseables en la creación de un plan de salud que garantice mínimos de atención. El punto es no exigir el ofrecimiento del PSU solo a Fonasa, sino al resto de aseguradoras privadas.

En segundo lugar, junto con el PSU, **las aseguradoras privadas deben tener la posibilidad de ofrecer planes complementarios para quienes quieran tener mayores coberturas o mejores servicios.** Ahora bien, es importante que estos planes complementarios sean estandarizados y no cubran los copagos estipulados en el PSU, de modo tal de no incentivar conductas de mayor riesgo por parte de los beneficiarios. Además, la Superintendencia de Salud debe jugar un rol clave en la regulación de estos planes complementarios.

En tercer lugar, con el propósito de garantizar una cobertura básica universal debe crearse algún mecanismo de compensación que garantice la asequibilidad y la no discriminación por riesgos. Se propone **crear subsidios ajustado al perfil de riesgo de las personas financiado con la creación de un Fondo de Compensación Solidario.** Ahora bien, cualquier reforma sustancial al sistema de aseguramiento debe considerar necesariamente las deficiencias existentes en el sistema de prestadores públicos y en Fonasa descritas en los apartados anteriores. En esta línea, la Comisión Illanes (2010) señalaba que “no es posible garantizar el éxito de una reforma al sistema de financiamiento, sin que se efectúen transformaciones y modernizaciones profundas al sistema prestador que aborden la estructura y organización del mismo”. Por ello, se propone dividir la compensación por riesgos al menos en dos etapas. En una primera etapa, **se propone crear un Fondo de Compensación Solidario solo entre aseguradoras privadas,** de modo tal, que haya una compensación por medio de subsidios ajustados por el riesgo de las respectivas carteras de beneficiarios de las Isapres. En una segunda etapa, y en la medida que Fonasa se fortalezca como asegurador público y los prestadores estatales avancen en materia de gestión, **se propone crear un Fondo de Compensación Solidario Integral,** financiado por impuestos generales y las contribuciones salariales de la población.

De esta forma, **se propone avanzar de manera gradual hacia un sistema integrado de multi-seguros y multi-prestadores.** En régimen, tanto los aseguradoras privados deberían tener la posibilidad contratar prestaciones estatales, como Fonasa celebrar convenios con prestadores privados. Este esquema permitiría, por un lado, asegurar una libre elección por parte de los beneficiarios y, por otro lado, una mayor competencia en el sistema. En este sentido, **se recomienda que el actual proyecto en tramitación defina que Fonasa con el propósito de responder a las garantías de sus beneficiarios pueda acceder también a la red de prestadores privados.** Si el norte es avanzar hacia un esquema de multi-seguros y multi-prestadores, no es consistente que la decisión de participación y prelación quede a discreción del Consejo Directivo. Lo razonable sería asegurar la participación de establecimientos privados vía convenios sujeta a licitación pública considerando aranceles referenciales obligatorios.

Finalmente, **se propone diversificar la estructura organizacional del mercado de seguros con el propósito de aumentar la competencia.** Esto se puede lograr por medio de incentivos para la participación de organizaciones alternativas, tales como las compañías de seguros y mutuales. Estas organizaciones deben tener las mismas condiciones del resto de entidades privadas, en cuanto a la obligación de ofertar el PSU y en cuanto a los requisitos financieros y legales. Adicionalmente, avanzar hacia una mayor participación de mutuales ayudaría a tener organizaciones con una mayor capacidad para gestionar los problemas de información relacionado a las conductas de riesgo de los asegurados (Hansmann, 2000).

**TABLA 10:
Resumen de propuestas**

Línea	Propuesta	Resultado deseado
Cambio de enfoque desde atención centrada en hospitales hacia la atención centrada en la APS	1. Ajustar la distribución del monto per cápita al perfil epidemiológico de los beneficiarios inscritos a la APS.	Mayor eficiencia al disponer la atención primaria con recursos acorde a las necesidades sanitarias que enfrenta.
		Mayor equidad dado que beneficiará a municipios que no cuenta con recursos propios para subsanar el déficit de recursos.
	2. Incorporar en la estructura de financiamiento de APS una modalidad de pago por desempeño (pago por egreso). Una alternativa sería agrupar los fondos actualmente distribuidos a través de la Subsecretaría de Salud y Redes Asistenciales.	Mayor resolutivez dado menor incentivo a derivar a hospitales.
		Mayor eficiencia al liberar recursos de la atención de mayor complejidad.
	3. Desarrollar estrategia de fomento y retención de profesionales a la APS.	Mejor capacidad instalada en el largo plazo al incentivar la participación de más profesionales y disminuir la rotación de los equipos.
	4. Fortalecer los incentivos pecuniarios,	Mejor capacidad instalada en el corto plazo al atraer nuevos profesionales.
	5. Avanzar hacia un modelo atención digital aprovechando los desarrollos logrados con el Hospital Digital.	Mejor capacidad instalada por medio del acceso remoto a prestaciones más complejas.
		Mayor acceso a prestaciones no complejas, en especial en sectores periféricos.
	6. Consejos de Desarrollo Local de Salud (CDL),	Mayor participación comunitaria.
		Mayor rendición de cuenta en los establecimientos APS.
	7. Instaurar procesos de definición y monitoreo de compromisos y metas relacionadas a los programas de prevención y promoción de salud.	Mayor participación comunitaria.
		Mayor rendición de cuenta en los establecimientos APS.

Una mejor gestión por medio de una mayor rendición de cuentas	8. Comité Directivo en cada Servicio de Salud.	Mayor rendición de cuenta en hospitales.
	9. Descentralizar planificación estratégica, la gestión de recursos humanos y control de gestión.	Mejor gestión de la capacidad de los establecimiento de la red de prestadores.
Caminar de manera gradual y responsable hacia un sistema solidario y de cobertura universal	10. PSU opere en ambos subsistemas y que ofrezca una cobertura universal a toda la población.	Cobertura universal.
	11. Planes complementarios para quienes quieran tener mayores coberturas o mejores servicios.	Libertad de elección.
	12. Fondo de Compensación Solidario por etapa.	Mayor solidaridad en los riesgos sanitarios.
		Menor discriminación por sexo, edad y condición de salud.
	13. Establecer participación de establecimientos privados en la red de prestadores de Fonasa.	Mayor posibilidad de garantizar acceso oportuno.
14. Diversificar la estructura organizacional del mercado de seguros	Mayor competencia en mercado de seguros.	

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Ahumada, M., Lagos, P y Daniela Sugg (2016). Sobre gasto Operacional y Deuda del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Dirección de Presupuesto. Ministerio de Hacienda.
- Asociación de Clínicas de Chile (2020). Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile. Actualización a cifras año 2018. Link de acceso (10/10/20): http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2020/07/DIMENSIONAMIENTO_FINAL_CIFRAS_2018.pdf
- Arredondo, F. (2008). Participación Comunitaria y Salud Primaria: El caso de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna de La Pintana. Universidad de Chile.
- Bath, J. & Wakerman, J. (2015). Impact of community participation in primary health care: What is the evidence? *Australian Journal of Primary Health*, 21(1), 2.
- Benavides Salazar, P., Castro, R., & Jones, I. (2013). Sistema público de salud: Situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050.
- Benítez, A.; Hernando, A. y Carolina Velasco (2019). Gasto de bolsillo en salud: una mirada al gasto en medicamentos. *Puntos de Referencia*. N°502. Enero 2019. Centro de Estudios Públicos.
- Butelmann, A., Duarte, F., Nehmen., Paraje, G. y Marcos Vergara (2014). Tratamiento para un enfermo crítico. Propuestas para el sistema de salud chileno. Informe de Políticas Públicas. Espacio Público.
- Centro de Políticas Públicas UC (2019). Reforma al sistema privado de salud. *Observatorio Legislativo*, N° 40, 1-19.
- Centro de Políticas Públicas UC (2014). Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. *Temas de la Agenda Pública*. N° 67, 1-19.
- Centro de Estudios Públicos. Estudio Nacional de Opinión Pública N° 54 – Tercera Serie, Diciembre 2019. [Computer File]. CEP0084-v1. Santiago: Centro de Estudios Públicos.
- Centro de Estudios Público y Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2017). “Propuesta de modernización y fortalecimiento de los prestadores estatales de servicios de salud”.

CNN (2019). "Informe del gobierno evalúa a 48 hospitales con nota cero en situación financiera". Fecha: 16 de septiembre, 2019. Acceso 30 de septiembre, 2020. Link: https://www.cnnchile.com/pais/informe-48-hospitales-nota-cero-situacion-financiera_20190916/

Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado. (2015). 2ª edición. Santiago:Chile.

Comisión Nacional de Productividad (2020). Uso Eficiente de Quirófanos Electivos y Gestión de Lista de Espera Quirúrgica No GES. Enero, 2020.

Fábrega, Ricardo. (2013). Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo. "Salud y desigualdad territorial." Documento de Trabajo 13.

Fábrega, Ricardo (2017). Condicionantes políticos y técnicos para el modelo de atención y sus actores. Presentación en Congreso de Atención Primaria de Salud. Ver: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/05/Ricardo-Fabrega.pdf>

Gonzalez, K., Cerda, P. & Morande, M. (2013). La voz de la comunidad en la atención primaria: Sistematización de una estrategia participativa en salud. *Revista Perspectivas Sociales*, 15(1), 1-22

Hansmann, H. (2000). *The ownership of enterprise*. Harvard University Press.

Ibáñez, C., 2016, 'Demanda por seguros complementarios de salud e hipótesis de selección adversa y riesgo moral en base a CASEN 2015'. Superintendencia de Salud.

Illanes, J. (2010) "Informe comisión presidencial de salud diciembre 2010".

Larrañaga, O. (2000). Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. En: *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*-Santiago: Fondo de Cultura Económica/CEPAL, 2000-v. 2, p. 415-462.

Ley de Presupuestos 2020. Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda.

McEvoy, R. & MacFarlane, A. (2013). Community participation in primary care in Ireland: The need for implementation research. *Primary Health Care Research & Development*, 14(02), 126-139

Ministerio de Salud (2019). 3° Informe Trimestral de Garantías de Oportunidad Respecto a los Retrasos en régimen GES y Lista de Espera no GES. MINSAL. Septiembre 2019

Ministerio de Salud (2019). Informe sobre brechas de personal de salud en los Servicios de Salud y estado de situación de los Recursos Humanos de Salud en Chile. Ver https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf

Ministerio de Salud (2017). Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Ver https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf

Monge, Raimundo (2017). Sistema de Salud en Chile: Un desafío desde la solidaria. Capítulo de libro en Solidaridad: política y economía para el Chile postransición. Eds. Antonio Correa y Cristián Stewart. IdeaPaís y Construye Sociedad.

Olave, Gabriel y Marioly Torres (2019). Calidad del Servicio y Satisfacción con la Atención Primaria de Salud. Estado de la Cuestión. N°3. IdeaPaís. Santiago: Chile.

Organización Mundial de la Salud (2008). La Atención Primaria de Salud, Más Necesaria que Nunca. Washington, DC:OMS.

OECD Health Statistics (2019) WHO Global Health Expenditure Database.

OECD (2019), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4d50c09-en>.

PNUD (2017). Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile. Santiago de Chile, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Superintendencia de Salud (2018). Estudio de Opinión del Sistema de Salud 2017.