

Universidad de Chile  
Departamento de Investigaciones Mediáticas de la Comunicación

Memoria para optar al título de periodista

**REFORMA:  
EL FUTURO DE LA SALUD DE LOS CHILENOS**

Profesor guía: Sergio Campos U.  
Alumno: Gonzalo Raveau F.

Santiago, julio de 2003

## **Preámbulo**

El director del Hospital Luis Tisné, Julio Montt, me sorprendió al preguntar sobre el interés que yo tenía por la salud. Me quedé pensando en voz alta y empecé a hablar sobre los temas que más me habían cautivado durante el acercamiento que tuve al tema, como la importancia social de mantener una población saludable, la necesidad de abarcar una reforma que actualice la atención de las enfermedades, la importancia de realizar un trabajo en que la prevención se convierta en natural y le comenté que veía la promoción de salud como el lógico y necesario cimiento del nuevo sistema que se busca construir.

Llegar a sentir esto como algo esencial y vital fue gracias al empuje de mis cercanos, sin duda decisivo en la búsqueda de las claves que hoy en día me permiten suponer que algo conozco de un asunto tan sensible. Aunque es cierta esa frase que dice que mientras más se sabe, mayores son las dudas.

La finalidad de estas líneas es dejar constancia del apoyo silencioso de los que más quiero. De mi familia toda, la Steffie y mis amigos. Particularmente me gustaría agradecer los sabios consejos del profesor Sergio Campos, que guiaron el desarrollo de este trabajo en momentos en que la oscuridad se apoderaba de mis pensamientos.

Con la alegría de la “misión cumplida”, puedo decir con orgullo: ¡Al fin!

Pero la incertidumbre queda porque de momento nada está decidido sobre la reforma sanitaria... La propuesta que se debate en estas páginas es sólo eso, un planteamiento bien fundado que tiene adeptos y detractores.

Espero profundamente que se adopte una alternativa que reduzca las desigualdades.

## Índice

Prólogo	1
Introducción	5
Revisión histórica	9
El Sistema Nacional de Salud de 1952	9
Anales de la historia de la medicina en Chile	10
La situación de salud en la Independencia narrada por historiadores	13
Apertura y avances en salud	15
La concepción de salud en la Unidad Popular	19
La segunda reforma de la salud	20
El Plan AUGE	22
Objetivos sanitarios 2000-2010	25
Mejorar los logros sanitarios alcanzados	26
Enfrentar desafíos derivados de envejecimiento y cambios sociales	27
Controlar los factores de enfermedades relevantes	29
Disminuir las enfermedades que generan mayor carga de mortalidad	30
Enfrentar el envejecimiento y los cambios de la sociedad	31
Disminuir las desigualdades en salud	32
Servicios acordes a las expectativas de la población	32
Sistema de salud chileno	34
Contexto demográfico y epidemiológico	34
Contexto social	35
Contexto económico	37
Sistema mixto	38
Sector público	39
Atención Primaria	45
Municipalización de la Atención Primaria	48
Paciente pobre	50
“El AUGE es absolutamente hospitalario	51
Atención secundaria y terciaria	52
Sector privado	54
Recursos humanos	57
Prioridades y garantías en salud	60

Proyectos de Ley	64
Derechos y Deberes	64
Régimen de Garantías en Salud	68
Garantías exigibles	68
Elaboración del Régimen de Garantías	70
Libertad de elección	74
Plan piloto	76
Nueva concepción de autoridad sanitaria y modalidades de gestión	77
Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria	78
Nuevas herramientas para la gestión	80
Fortalecimiento de la participación ciudadana	85
Modificaciones a la ley de Isapre	85
Principales objetivos del proyecto	93
Financiamiento	93
Detalle de las fuentes de financiamiento	94
Conclusión	96
Bibliografía	100
Anexo 1	103
Anexo 2	107

## Prólogo

La naturaleza del hombre es buscar y utilizar instrumentos que sirvan a su desarrollo y a una mejor calidad de vida. Uno de esos mecanismos es la salud que, al abarcar a todas las personas, se transforma en una política social.

El supuesto de este trabajo es que la salud es necesaria y su mejoramiento siempre beneficioso. Las demostraciones acerca de la importancia de la salud están en el privilegio de no padecer dolencias y poder superarlas cuando inevitablemente se sufren.

La salud es considerada uno de los derechos humanos. El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, suscrita por Chile en 1948, estipula que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios necesarios”<sup>1</sup>.

La importancia que se le da socialmente a la salud recae también sobre las condiciones que la favorecen, como son la vivienda, alimentación, esparcimiento, salubridad, cultura. Los beneficios de la vida saludable tienen también una repercusión económica e impacto social.

El ejercicio de la salud contempla la promoción, el tratamiento de las enfermedades y su rehabilitación. Uno de sus objetivos esenciales es alcanzar el completo bienestar del que habla la OMS<sup>2</sup>, punto que debiera ser central en la aplicación de políticas de salud.

---

<sup>1</sup> Teoría del Derecho, Máximo Pacheco G., editorial Jurídica de Chile, cuarta edición 1990, pag 163.

Dando por sentadas las ventajas para el desarrollo humano que significan tener una vida saludable, el tema a discutir es si el actual sistema de salud satisface o no las exigencias de los usuarios.

Al menos los sondeos de opinión pública indican que es necesaria la realización de una reforma al sector<sup>3</sup>.

Las iniciativas del Estado, concebido como productor de condiciones para que las personas puedan ejercer su derecho a la salud, son la guía para el mejoramiento de la calidad de vida.

Las necesidades actuales de salud están dadas por responder a los cambios demográficos y epidemiológicos, aumentar la difusión de acciones de salud, enfrentar las inequidades del acceso a la atención y potenciar el sistema en función de satisfacer la demanda. Estos desafíos llevan a pensar en nuevas estrategias nacionales que se concretan en actividades de promoción y prevención mediante la permanente **priorización** de problemas de salud pública<sup>4</sup>.

La determinación de prioridades es un proceso político y técnico en que se definen criterios de selección que representen la diversidad de la realidad, como son la magnitud en términos de mortalidad y morbilidad de las enfermedades, su impacto social y la eficacia de las intervenciones.

---

<sup>2</sup> La Organización Mundial de Salud (OMS) define en su carta de constitución (Ginebra, Suiza 1948) a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

<sup>3</sup> Una encuesta del Centro de Estudios Públicos (CEP) presentada el 6 de agosto de 2002 reveló que un 72 por ciento de población consultada considera que los hospitales públicos están mal administrados. Un 16 por ciento dijo lo contrario. Además un 52 por ciento cree que pese al aumento de recursos no ha mejorado la calidad del servicio. El estudio cara a cara fue realizado entre el 6 y 25 de julio y consideró una muestra de 1.504 personas mayores de 18 años de todo el país. Su nivel de confianza es del 95 por ciento.

<sup>4</sup> Salud familiar: un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Carmen Gloria Hidalgo, Eduardo Carrasco. Ediciones Universidad Católica de Chile; serie Textos Universitarios. Primera edición, 1999. Páginas I y III.

El Ministerio de Salud desde la administración de Patricio Aylwin<sup>5</sup> definió la equidad, justicia social, solidaridad, integralidad, calidad y participación social como principios orientadores de las políticas del sector. Para lograr esas metas se trabaja hasta hoy día en la modernización de los sistemas y la búsqueda de mayor eficiencia, tarea que requiere un esfuerzo colectivo y extendido en el tiempo para que se genere un cambio social y cultural<sup>6</sup>.

La concepción en la reforma planteada en el gobierno de Ricardo Lagos<sup>7</sup> es que la salud es un derecho y garantiza por ley la cobertura de cierta cantidad de patologías a partir de una serie de objetivos sanitarios, pero además del tratamiento busca el pleno desarrollo de la promoción y prevención para completar la línea con la rehabilitación.

La propuesta es el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), encargado por un comité interministerial<sup>8</sup> a la Secretaría Ejecutiva de la Reforma que dirige y coordina el doctor Hernán Sandoval<sup>9</sup>.

“Es la reforma más ambiciosa de los últimos 50 años”, dijo el Presidente Ricardo Lagos en la inauguración del hospital Luis Tisné, realizada el 4 abril de 2002.

Esa iniciativa, catalogada por la prensa como el “proyecto estrella” del Gobierno, no ha estado exenta de paros y polémicas. Pero ha logrado avanzar mediante acuerdos y demostraciones de fuerza; en medio de la férrea oposición de los gremios del sector que acusan falta de

---

5 Patricio Aylwin: Presidente de la República entre 1990 y 1994.

6 Ver nota 4. Páginas 1 y 255.

7 Ricardo Lagos, Presidente de la República entre 2000 y 2006, en cuyo Gobierno se impulsó el grueso de la reforma de la Salud.

8 El Comité Interministerial está presidido por Salud y participan los ministerios de Hacienda, Secretaría General de la Presidencia y Trabajo.

9 Hernán Sandoval, cerebro de la reforma de la salud. Médico Cirujano de la Universidad de Chile (1966), con estudios de especialización en medicina del trabajo y toxicología en la Universidad de París. Tiene una extensa trayectoria nacional e internacional en el área de la salud ambiental y ocupacional, desempeñándose en la OMS, OPS, la Asociación Chilena de Seguridad, el Ministerio de Salud y el Banco Mundial. Es miembro del Comité de Expertos de Salud Ocupacional de la OMS y del Comité Coordinador de los Centros Colaboradores de la misma y del Consejo Consultivo Nacional de Medio Ambiente. Tiene a su haber más de cuarenta trabajos publicados en revistas, libros e informes técnicos.

participación, aseguran que el proyecto es una privatización de la salud, critican la nueva autoridad planteada y exigen que todas las enfermedades tengan tratamiento preferencial.

Otras opiniones advierten que el error es realizar una reforma dirigida a aumentar los servicios a las enfermedades y no a fomentar la prevención y la promoción de salud.



## Introducción

El punto básico de la reforma de la salud según plantea su creador, el médico Hernán Sandoval, es la transformación de la seguridad social chilena en un derecho individual para lograr que la población se apodere de su propia salud y terminar así con la “visión ideologizada y triunfalista de la ciencia médica en el sentido de decirle a la gente que no se preocupara de su salud porque la medicina lo hacía”.

**Los derechos de las personas, sumados al financiamiento suficiente y a los objetivos nacionales** forman una **tríada** en torno a la que se debe mover el sistema de salud, de acuerdo a Sandoval.

En Chile existe un régimen mixto que cobre el costo de las atenciones en salud. Ambos sistemas reciben críticas fundamentalmente por las interminables listas de espera en el público y el temor de los beneficiarios a pagar una fuerte cantidad de dinero en el privado.

Tabla 1

<b>Distribución de la población por sistema (1990-2001)</b>				
Sistema/año	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>1999</b>	<b>2001</b>
<b>Fonasa</b>	73,7%	60,3%	62,2%	67,4%
<b>Isapres</b>	16,0%	26,3%	22,0%	18,9%
<b>Otros</b>	10,3%	13,4%	15,8%	13,7%

Fuentes: Fondo Nacional de Salud (Fonasa); Superintendencia de Isapre.

En la tabla anterior se observa que el sistema público (administrado por Fonasa) tiende a recuperar la cantidad de usuarios que había perdido entre 1990 a 1995. Su contraparte, el sistema privado (Isapre) vive una situación a la inversa, desde el regreso de la democracia en

1990 sus clientes aumentaron porcentualmente, pero la dirección actual es inversa ya que han visto mermada su participación en el sistema global de aseguramiento.

Los usuarios de Fonasa en septiembre de 2002 eran más de diez millones (10.442.101), mientras que los beneficiarios de las Isapre se contabilizaban en casi tres millones (2.898.186 personas).

La propuesta del Gobierno para mejorar el sistema de salud es el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que busca, como su nombre lo indica, garantizar el acceso a la atención –tanto preventiva como curativa-. Entre los lineamientos principales se reconoce la salud como un derecho que se otorgará con equidad a partir de la priorización de 56 patologías que abarcan la promoción de salud, prevención, tratamiento y rehabilitación.

El Plan AUGE no sólo se sitúa en la atención de enfermedades sino que a través de la promoción y prevención busca que cada persona se haga cargo de su propia salud para mantener así a la población saludable, es decir, persigue satisfacer las necesidades y expectativas de la población, mejorar la eficiencia y efectividad, enfrentar inequidades, adaptarse a cambios demográficos y epidemiológicos.

Diversos tratados internacionales suscritos Chile<sup>10</sup> reconocen la garantía que los Estados deben prestar al derecho a la salud. La Organización Mundial de Salud (OMS) define en su acta constitucional de 1948 a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” La iniciativa ideada por Sandoval busca hacer real esta filosofía.

El punto de partida de la reforma al sector es la formulación de desafíos sanitarios que no son distintos de los males que más afectan nuestra sociedad. En su cumplimiento radica el éxito

---

<sup>10</sup> Ver Anexo 1

del proceso. El documento oficial del Ministerio de Salud que los contiene es “Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la década 2000-2010” y data de enero de 2002. **El texto agrupa cuatro grandes retos; mejorar los logros ya alcanzados, enfrentar la nueva realidad del país derivada de la tendencia al envejecimiento y los cambios de la sociedad, disminuir desigualdades y prestar servicios acordes a las expectativas de la sociedad.** Su finalidad es “mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y reducir las desigualdades mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad”<sup>11</sup>.

Hernán Sandoval agrega que “como toda actividad social, es una reforma que apunta a incrementar el grado de bienestar, calidad de vida y por ende la salud de las personas. Además lograr que los recursos que el Estado consagra a este tema sean usados de la manera más eficaz”.

El financiamiento limitado pasa a ser entonces la tercera parte de la tríada en que se mueve la reforma. Pero no sólo se trata de los recursos destinados, sino también de los intereses sectoriales “detrás de una concepción de que la salud finalmente es una consecuencia del consumo de las prestaciones médicas o de los medicamentos. Esto es una tremenda distorsión”, opina Sandoval..

Al intentar que la prevención de salud sea de las personas y que en caso que se produzca enfermedad sea atendida de forma eficiente, se requiere dinero. La estimación es que el gasto público en salud debe crecer en 150 mil millones de pesos (211 millones de dólares<sup>12</sup>) el

---

<sup>11</sup> Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Documento oficial, enero de 2002. Página 6.

<sup>12</sup> El precio del dólar se calculo a 710 pesos, monto alcanzado a fines de 2002.

primer año de funcionamiento del AUGE (año base), dinero que se obtendrá de distintas vertientes, como impuestos y un mejor aprovechamiento de la partida presupuestaria.

“Planteamos que el sistema de salud no puede actuar en función de la oferta o la demanda, porque así tiene mucho menos resultados sanitarios como impacto en la salud de la población que los sistemas que en el mundo se manejan en forma de objetivos sanitarios. Por eso hemos establecido los objetivos nacionales de salud, hacia donde apuntan las actividades que estamos proponiendo”, explica Sandoval.

La **tríada** en que se debe mover el sistema de salud (derechos de las personas, financiamiento suficiente y objetivos nacionales) determina finalmente la materialidad de la reforma. Su expresión legal son cinco proyectos de ley.

Estos son:

1. Derechos y Deberes de las Personas en Salud,
2. Nueva concepción de Autoridad Sanitaria y distintas modalidades de Gestión,
3. Financiamiento,
4. Modificaciones a la ley que creó las Instituciones de Salud Previsional
5. Régimen de Garantías en Salud.

Todos ellos forman parte de la reforma a la salud y están en estos momentos en el Congreso Nacional a la espera de su aprobación. El Ejecutivo espera que el trámite esté completo en 2003 para iniciar con el AUGE al año siguiente. Sin embargo existe un retraso en la discusión y se espera que recién a mediados de 2003 el Senado comience a analizar los textos.

El análisis que se realizará en este trabajo es relativo al tenor de la propuesta gubernamental, sin olvidar las distintas posturas del espectro nacional.

## **Revisión histórica**

En las instituciones ya existentes se aplicará la reforma de la salud iniciada formalmente el 25 de junio de 2002 con el envío de los proyectos de Ley al Congreso; en el Sistema Nacional de Salud (SNS) creado en 1952 y modificado durante el régimen militar.

### **El Sistema Nacional de Salud de 1952**

La primera reforma a la salud (Ley 10.383) data del 8 de agosto 1952 y fue concebida por el gobierno del radical Gabriel González Videla. Fue un trabajo de unificación de diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud para cubrir principalmente al sector obrero e indigente. También había entidades previsionales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales, mientras que el sector asistencial privado tenía una variada y diseminada situación de desarrollo.

El ordenamiento de los órganos existentes en Chile implica los originados para responder las necesidades de la época colonial (1561-1810), donde el aporte principal es religioso, las de la República Liberal (1861-1891), que consolidan el nacimiento de la institucionalidad, la República Parlamentaria (1891-1925), en que se completa la tarea fundacional de los hospitales y estalla la “cuestión social”.

El doctor Manuel Inostroza explica<sup>13</sup> que lo que se puede definir conceptualmente como sistema de salud comenzó en las primeras décadas del siglo XX en respuesta a la “cuestión social” desarrollada en el seno ideológico y político de la llamada “medicina social”, que entre las décadas del 20 y 30 ya había dado vida a estructuras y cuerpos legales como el Ministerio de Salud, llamado de Higiene (1924) y la Ley de Medicina Preventiva (1938).

La necesidad de implementar políticas sociales eficaces que resolvieran los problemas de habitación, trabajo, salud y otros ligados a la condición de pobreza de la mayoría fue acelerada por la crisis económica de 1929, epidemias de tifus, tifoidea y las explosiones populares<sup>14</sup>.

Todo desde una perspectiva en que el Estado era definido como el principal agente promotor de la actividad económica y social del país. El esfuerzo se consolida con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), que fue un ente centralizado “pionero en América Latina, venían de todas partes a copiar el modelo”, explica el doctor Ramón Aguirre<sup>15</sup>.

### **Anales de la historia de la medicina en Chile**

Los organismos con que contó el SNS nacieron a partir de las necesidades de cada época histórica del país, principalmente para sortear las epidemias de viruela, tifus y cólera, que al finalizar el siglo XIX tenían una mortalidad del 50 por ciento. Las constantes plagas que

---

<sup>13</sup> La política de salud en Chile y sus oportunidades de debate público, análisis histórico político entre 1964 y 1997. Doctor Manuel Inostroza Palma. Organización Panamericana de la Salud (OPS), serie Informes Técnicos. Mayo 1997. Santiago, Chile.

<sup>14</sup> Política y organizaciones de salud en Chile: reflexiones históricas. Jorge Jiménez de la Jara. Santiago, Chile 1997.

<sup>15</sup> Ramón Aguirre: Auditor del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

asolaron la ciudad fueron producto de la gran resistencia que el pueblo tenía a vacunarse y a la inmundicia en que vivía la gran mayoría de la de sus habitantes<sup>16</sup>.

Durante la Colonia (1561-1810), Chile mantuvo un retraso de dos siglos respecto a los médicos mexicanos y peruanos ya que la medicina hispánica de Santiago dependió hasta 1786 del protomedicado del Virreinato el Perú (instancia para disminuir el curanderismo y controlar a los falsos médicos), lo que significó una brecha tecnológica y científica. Cuando el rey Carlos III otorgó a Chile libertad administrativa del protomedicado acreditó finalmente la calidad de la medicina del país.

En el siglo XVI Santiago era una aldea modesta de 160 casas distribuidas en 60 manzanas. Vivían unos 700 españoles, 2.000 indígenas nativos y un centenar de esclavos negros en el núcleo que se extendía entre el río Mapocho por el norte y la Cañada (actual Alameda) por el sur. Alrededor estaban los pueblos indios con unos 18.000 habitantes (Talagante, Colina, Lampa, Apoquindo, Tobalaba, Paine, Aculeo).

El Hospital de Nuestra Señora del Socorro ubicado en la Cañada (hoy en día está en Quinta Normal) inició sus actividades el 3 de octubre de 1552. Había cincuenta camas y entre cuatro a cinco médicos y cirujanos ejerciendo la gratuita atención de pacientes.

La situación sanitaria en 1600 era relativamente satisfactoria. Fue un siglo donde existió una política de salud e higiene con normas de aseo de las calles y supresión de basurales. El agua potable se obtenía de la quebrada de San Ramón en Tobalaba.

En las primeras décadas del siglo XVII la iniciativa del gobernador Alonso de Ribera permitió un gran desarrollo de la medicina, pero luego se registra una época de decadencia y colapso de la medicina hispánica que finalizó a comienzos del siglo XVIII debido principalmente a que

---

<sup>16</sup> Historia de la medicina chilena. Ricardo Cruz Coke Madrid. Editorial Andrés Bello. Primera edición,

no se fundó ninguna escuela de medicina, pese a que ya existían en Lima, Bogotá, Guatemala y Quito<sup>17</sup>. Además había una carencia de médicos ejemplificada en que en 1619 se autorizó a Juan Rodríguez, único médico del país. Lo mismo ocurrió en 1647 con Pedro Fernández y en 1653 con Diego Errázuriz. Desde 1688 no hubo médicos por 9 años.<sup>18</sup>

La precaria situación médica en Chile mejoró notablemente en el siglo XVIII debido a la apertura a los métodos de la medicina europea que aplicaban numerosos extranjeros de paso por el territorio, pero aún era inferior respecto a México y Perú. En esos años fueron superados los graves problemas de asistencia hospitalaria y de beneficencia pública gracias al aumento de la riqueza estatal, pero seguía sin resolverse la insuficiencia de educación médica, la dependencia profesional externa y la falta de control sanitario de las epidemias.

El rey Carlos III creó la Junta de Temporalidades en 1768 que confiscó bienes de los jesuitas para construir hospitales, creó el Tribunal del Protomedicado chileno y permitió independizar la medicina chilena del virreinato del Perú. Pero la expulsión de los jesuitas afectó el desarrollo cultural por casi un siglo y con ello se deprimió la educación médica.

El Censo de 1778 contó 24.318 habitantes en Santiago y pese al progreso social y económico, a fines de siglo el cuerpo médico del país era de apenas dos docenas para diez hospitales. La atención médica oficial llegaba sólo a las clases superiores y el pueblo virtualmente continuaba con su medicina tradicional de yerbas y sahumeros.

Poco antes de comenzar la época de la Independencia (1808), el cuerpo médico estaba compuesto por un puñado de profesionales que ejercían la medicina colonial en una decena de misérrimos hospitales en medio del menosprecio público.

---

Santiago, 1999.

<sup>17</sup> Ver nota 16.

<sup>18</sup> Breve historia de la medicina en Chile. Sergio de Tezanos Pinto. Editorial Universidad de Valparaíso. Primera edición, 1995.



## La situación de salud en la Independencia narrada por historiadores

Durante el primer tercio del siglo XIX, las guerras de independencia dejaron a Chile en la ruina y pobreza general.

Cuenta Vicente Pérez Rosales<sup>19</sup> que el “Santiago de 1814, para sus felices hijos un encanto, era para el recién llegado extranjero, salvo el cielo encantado de Chile y el imponente aspecto de los Andes, una apartada y triste población, cuyos bajos y mazacotudos edificios, bien que alineados sobre rectas calles, carecían hasta de sabor arquitectónico. Contribuía a disminuir el precio de esta joya del titulado reino de Chile hasta su inmundo engaste, porque si bien se alzaba sobre la fértil planicie del Mapocho; al sur el basural de La Cañada; al oriente el basural de recuesto del Santa Lucía, y el de San Miguel y San Pablo al occidente”.

El venezolano Francisco Rivas, redactor del periódico *El Argos*, escribió en el número 9 del 23 de julio de 1818: “Las casas se limpian es verdad; pero las basuras se depositan en las calles, por una y muchas veces por dos o tres semanas, que es peor que si quedasen dentro; porque nos ahorraríamos de ver esta hermosa ciudad vuelta un basural; al paso que el efecto que producen en la salud pública es el mismo estando en el exterior o interior de las casas”.<sup>20</sup>

Guillermo Feliú Cruz cita al memorialista chileno José Zapiola en “Recuerdos de treinta años (1810-1840), quien escribió que “en la cuadra que está al costado poniente del Teatro Municipal había una letrina... Dicha letrina sólo servía para indicar que a sus inmediaciones se podían evacuar ciertas diligencias, pues no era posible pasar por esa vereda sin gran peligro, y aun así con las narices tapadas. Continuando al norte había una letrina a los pies de la casa

---

<sup>19</sup> Recuerdos del pasado 1814-1860. Vicente Pérez Rosales. Editora Nacional Gabriela Mistral. Segunda Edición, Santiago, 1975.

número 15 de la calle de los Huérfanos. Sus condiciones eran aún peores que las de la anterior por su inmediación a la plaza. Más al norte, y llegando a la cuadra que está entre las calles de las Monjitas y la de Santo Domingo, y a una de la plaza, la cosa era más seria. Toda la vereda del poniente estaba obstruida por basuras y otras cosas peores.

Decir que en esta calle, aunque en menor escala que en otras, abundaban los perros, gatos y otros animales muertos, que nadie se encargaba de recoger, no aparece inoficioso. Una mañana apareció un burro con una pata quebrada, tendido en el cruce que formaban las calles San Antonio y Santo Domingo... Como en ese entonces no eran las calles de lomo de toro, en esos lugares había cieno permanentemente. El burro se tendió allí quizás acosado por la fiebre. Los muchachos de las inmediaciones le dábamos de comer y beber, pero al cabo de algunos días nuestro enfermo se murió. Allí se extinguieron sus restos, sin que ningún *buen vecino*, en la policía, de que no se conocía ni el nombre, se tomara el trabajo de hacerlo arrastrar al río, última morada de sus iguales o parecidos”.<sup>21</sup>

El periódico *El Argos* número 14 del 3 de septiembre de 1818 decía de los Hospitales: “Santiago nos ofrece el cuadro más lastimoso, presentándonos el contraste de la abundancia de su suelo, la benignidad de su clima y la bondad de sus hijos, con sus hospitales desaseados, mal administrados y careciendo los pacientes de las cosas necesarias aun para los que gozan de perfecta salud. Al aproximarnos percibimos un ambiente fétido; y al entrar en ellos vemos sufrir bajo el peso de la desnudez y frío aquellos seres afligidos por la naturaleza y atormentados por las necesidades”.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Santiago a comienzos del siglo XIX, crónicas de los viajeros. Guillermo Feliú Cruz. Editorial Andrés Bello, colección Clásicos de la Literatura Chilena. Primera edición, abril 2001.

<sup>21</sup> Ver nota 20.

<sup>22</sup> Ver nota 20.

Cuando en 1817 entró a Santiago el Ejército de los Andes, se encargó a los soldados de los batallones, que quedaron en la capital, vigilar sobre las personas que hacían sus diligencias en la calle, obligando a pagar a los infractores a llevar al río el cuerpo del delito *sin* valerse de ningún trasto.

Guillermo Feliú también narra que los baños públicos establecidos en La Cañada y al pie del cerro Santa Lucía eran para personas de calidad, porque la tina de baño en las casas particulares sólo se introdujo en Santiago allá por 1850. Los baños para el pueblo se encontraban en el río Mapocho en toda su extensión.

### **Apertura de Chile y avances en salud**

Al comenzar la Patria Vieja (1810-1814) la apertura comercial y liberal permitió la llegada sin restricciones de numerosos médicos extranjeros europeos. Uno de ellos, el irlandés Guillermo Blest señala tres causas en el descrédito de los facultativos, la falta de educación liberal y de nivel cultural, la falta de una buena educación médica y la mezquina remuneración.

Destacan además Jorge Edwards Brown, Nataniel Cox, Juan Miquel y Lorenzo Sazié, quienes gracias a los éxitos de sus tratamientos contribuyeron al proceso de fundación y desarrollo de la medicina y la cultura nacionales del siglo XIX. Su ejemplo convenció finalmente a la burguesía chilena de que la profesión de médico era muy importante y digna de ser ejercida por las clases superiores.

Con este nuevo escenario cultural, el 28 de junio de 1843 se crea la Universidad de Chile con cuatro Facultades: Teología y Leyes, Filosofía, Ciencias Físicas y Matemáticas, Medicina. En 1891 era poca la diferencia entre la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y la de

John Hopkins <sup>23</sup>, en Estados Unidos, además las influencias europeas y la transferencia de tecnología iban a la par.

Entre 1861 y 1891 (República Liberal) se construyeron 50 hospitales (progreso que se debe fundamentalmente a benefactores), se creó el Instituto de Higiene Pública, la nueva Escuela de Medicina, la Ley de Instrucción Pública.

Diversos incidentes y problemas de administración y relaciones entre autoridades y médicos determinaron la formación el 11 de diciembre de 1875 de una comisión reorganizadora de la Beneficencia, presidida por Benjamín Vicuña Mackenna (el político y estadista más destacado e importante en la historia de la medicina chilena en el siglo XIX).<sup>24</sup>

En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, que permite ordenar las organizaciones locales y los hospitales generales existentes. Al año siguiente se creó la Junta Nacional de Salubridad, cuya misión era asesorar al Gobierno en materias de salubridad y organizar nacionalmente los desarrollos locales. En 1892 estas funciones fueron asumidas por el Consejo de Higiene Pública.<sup>25</sup>

En la época parlamentaria (1882-1920) se completó la tarea fundacional de los hospitales que necesitaba la nación de acuerdo al número ideal de 10 camas por mil habitantes.

Pese a los esfuerzos la mortalidad infantil era de 50 por ciento de los nacidos menores de un año, cifra que bajó a 25 por ciento a fines de la década de los 20 gracias a la creación de los hospitales infantiles. En 1918 eran internados 500 enfermos de tifus diariamente de los que fallecía un 30 por ciento.

---

<sup>23</sup> Universidad estadounidense fundada en 1876, reconocida por su Escuela y trabajos de Medicina.

<sup>24</sup> Ver nota 16.

<sup>25</sup> La reforma de la salud en América Latina: ¿Qué camino seguir? (La experiencia chilena). Conferencia presentada por el doctor Reinaldo Bustos el 3 de noviembre de 1999 en sesión del Colegio Médico de Chile.

Un acontecimiento trascendental en la historia de la asistencia hospitalaria en Chile se produjo cuando fue inaugurado, el 7 de agosto de 1911, el primer servicio de urgencia permanente en el país, con la puesta en marcha de la Posta Número 1 en la calle San Francisco esquina Alonso Ovalle, frente al Hospital San Juan de Dios (el centro asistencial se trasladó en mayo de 1954 a Quinta Normal). La Posta Número 2 se abrió en 1912 en el Hospital San Vicente (actual José Joaquín Aguirre, Hospital de la Universidad de Chile) en la calle Independencia. Al término del período parlamentario (1927) Santiago tenía 10 hospitales públicos, con cerca de 3 mil camas, en todas las especialidades de la medicina y cirugía.

En 1927 Santiago tenía cinco hospitales generales, tres de niños, tres maternidades, un hospicio, una casa de huérfanos, una casa de orates y dos hospitales auxiliares para venereología y tuberculosis.

Las construcciones y modernizaciones fueron posibles gracias a donaciones efectuadas por los grandes filántropos y benefactores de la plutocracia chilena. (Juana Ross Edwards, Matilde Barros Luco, Manuel Arriarán y Carlos Van Buren Vallejos).

La necesidad de dar una mayor organización y estructura al sistema previsional y de atención de salud era patente y en 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales con ese fin.

En 1924 se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se establece el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054) que garantizaba protección a los trabajadores del campo y la ciudad. Ello llevó a la creación de las Casas de Socorro en el país que amplían la institucionalidad de la seguridad social en la salud de los chilenos.

Posteriormente surgieron varias leyes sobre el trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género a escala internacional. En 1942 nace el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

En la segunda década de su aplicación el Seguro Obrero garantizó además la atención de las familias de los trabajadores y la creación en 1952 del SNS permitió extender la cobertura a todos los chilenos porque se incorporó la atención de los indigentes.

El SNS es una gran integración vertical de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud. Se fundieron más de 15 instituciones dispersas del sector público, más los hospitales de la Junta de Beneficencia (ente privado sin fines de lucro que nace en 1975) que manejaba casi toda la infraestructura disponible a la fecha. La integración fue hacia el sector público, es decir una estatización de la medicina.<sup>26</sup>

En 1964 iniciaron reformas sociales que en salud destacaron por inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personas y extensión de la cobertura geográfica. El SNS se transformó en una empresa con 120.000 funcionarios.

### **La concepción de salud en la Unidad Popular**

El énfasis puesto por el gobierno de la Unidad Popular que encabezó el Presidente Salvador Allende<sup>27</sup> estuvo en generar un cambio fundamental en el nivel nutricional que permite tener en este momento mejores niveles de salud. La desnutrición fue un problema de salud prioritaria y la decisión política fue hacer un programa de alimentación complementaria que se llamó “Medio Litro de Leche” para todos los lactantes, niños y jóvenes hasta 14 años y las madres.

---

26 Ver nota 14.

27 Salvador Allende, Presidente de la República entre 1970 y 1973.

Se trató de “una leche llena de contenido educativo porque era la manera de que la gente se acercara al consultorio y recibiera educación para la salud junto con la alimentación complementaria”, explica Sergio Infante<sup>28</sup>.

El segundo punto central de esos tres años fue el nivel de participación ciudadana, que se daba a través de consejos locales de salud, organizaciones comunitarias. Las movilizaciones eran el paradigma de la época y “nosotros considerábamos la salud un instrumento también de movilización política”, agrega Infante. Redes sociales obedecían a ese nivel de movilización de la población.

El doctor Infante extraña que hoy en día prácticamente no hay una red social de apoyo para el adulto “y los ancianos enfermos o convalecientes llegan a los hospitales porque no hay una instancia intermedia”. A la vez recuerda la existencia de una red social de apoyo para el niño y la madre había expresada en la Casa del Niño, la Ciudad del Niño, Colocaciones Familiares, entre otros organismos.

El programa de Gobierno de Salvador Allende estableció como esencial “unificar, mejorar y extender el sistema de seguridad social” y consideró como acciones sociales básicas el aseguramiento de “atención médica y dental, preventiva y curativa, a todos los chilenos, financiado por el Estado, los patrones y las instituciones de previsión. Se incorporará a la población a la tarea de proteger la salud pública”. “Los medicamentos, sobre la base de un estricto control de costos en los laboratorios y la racionalización de la producción, se entregarán en cantidad suficiente y a bajo precio”.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Sergio Infante director general del SNS en la época de la Unidad Popular (1970-1973).

<sup>29</sup> El Gobierno del Presidente Salvador Allende, 1970-1973, una evaluación. Gonzalo Martner. Ediciones Literatura Americana Reunida, Concepción, 1988. Página 82.

Las medidas del programa que tienen relación con salud pública fueron instalar consultorios materno-infantiles en todas las poblaciones, lo que comenzó a cumplirse, eliminar las trabas burocráticas que dificultaban la atención médica, suprimir el pago de los medicamentos y exámenes en los hospitales, combatir el alcoholismo a través de campañas de educación que apuntaban a la generación de una vida mejor.<sup>30</sup>

### **La segunda reforma de la salud**

En el período comprendido entre 1973 y 1989 (régimen militar) hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS. En 1972 el gasto en salud alcanzaba un 4,7 por ciento del Producto interno Bruto (PIB), cifra que fue disminuyendo hasta llegar a un 2,6 por ciento del PIB en 1990, una vez retomada la democracia. Desde allí en adelante ha aumentado el gasto y una década después se contaba en 3,1 por ciento del PIB.

A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud con la creación el 3 de agosto de ese año de servicios regionales dependientes del Ministerio de Salud, lo que se denominó Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (Decreto de Ley 2.763 de 1979).

Esta segunda reforma continuó con la creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada Ley de Salud (Ley 15.469 del año 1985), que fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de

---

<sup>30</sup> Ver nota 29, páginas 91 y 92.



establecimientos de nivel primario (consultorios y postas) a las Municipalidades. El Decreto con Fuerza de Ley número 3 de mayo de 1981 crea las Isapre.

“La demolición de la salud empezó con el Gobierno del señor (Augusto) Pinochet<sup>31</sup>. El crimen más grande se cometió cuando se partió el SNS en 26 servicios y con la municipalización”, estima el doctor Ramón Aguirre.

Según el médico Esteban Maturana<sup>32</sup> la municipalización “fue un acto arbitrario, propio de la prepotencia de la dictadura y que tenía por objetivo avanzar significativamente en un proceso cuyo fin consistía en crear las condiciones para la privatización de la salud en Chile por la vía de desligar al Estado de la obligación de entregar salud, romper la columna vertebral del sistema de salud público. Los consultorios eran la puerta de entrada al sistema.” Si bien hoy día el dirigente está a favor de la municipalización, explica que rechaza “el problema que pasó con Pinochet fue que se hizo con un fin que no tenía nada que ver con objetivos sanitarios”.

El doctor René Merino<sup>33</sup> dice “que en 1981 se haya pensado que valía la pena en incorporar una forma nueva de administración de salud contó con mi visto bueno. Era necesario hacer un cambio porque había una parte de la población con mejores ingresos, clase media, media alta, que no le gustaba el SNS porque era un sistema de atención sin libre elección, con atención que no era la más adecuada.”

En forma paralela a esas políticas de salud hubo una restricción del aporte fiscal al rubro, se traspasó la carga de financiamiento a los usuarios mediante el aumento del porcentaje de cotización obligatoria a un 4 por ciento y luego a 7 por ciento y se crearon incentivos para

---

<sup>31</sup> Augusto Pinochet: Presidente de facto entre 1973 y 1990.

<sup>32</sup> Esteban Maturana; Presidente de la Confederación de Funcionarios de la Salud Municipalizada.

favorecer el traspaso de afiliados del sector público hacia el privado. La disminución en las inversiones en salud dentro del sector público se tradujo en problemas de acceso por barreras financieras; crisis hospitalaria por obsolescencia tecnológica; pérdida del posicionamiento del sector en temas medioambientales y un enfoque curativo en desmedro del preventivo.

## **El Plan AUGE**

La llegada de la Concertación a comienzos de los 90 inicia una nueva etapa en la historia del sistema de salud, con una clara recuperación del sector público y de la significancia de la protección social en salud que hoy cubre a un 90 por ciento de la población, incrementos presupuestarios, en recursos humanos, inversión y remuneraciones del personal.

Desde 1990 los gobiernos de la Concertación han asumido la responsabilidad de administrar un sistema de salud heredado. Se han incrementado notoriamente las inversiones apoyadas en préstamos internacionales y se han estudiado propuestas de reforma.

El mayor gasto se alcanza en 1997 con 92.947 pesos per cápita (212,2 dólares de 1997), comparando con los 39.917 en 1989 (135,3 dólares de 1989). En 1996 ese gasto de 1989 se duplica con 743 mil millones de pesos (1.200 millones de dólares). El mayor gasto se va principalmente a salarios cuyo valor real se duplica en 1996 y en inversiones, cuyo valor es de un mil por ciento mayor en 1995 comparado con 1996.

Es posible distinguir dos grandes fases en el proceso de desarrollo de la Reforma de la Salud:

1. La recuperación del subsistema público (1990-1994) con políticas orientadas a mejorar el acceso de las personas a la atención de salud, especialmente de los más pobres mediante el

---

<sup>33</sup> René Merino; Presidente de la Asociación de Isapre al momento de la entrevista, fue reemplazado

fortalecimiento del nivel primario de atención; rehabilitar la red hospitalaria pública con financiamiento parcial mediante préstamos de organismos internacionales; y fortalecer la prevención y promoción de la salud al igual que el desarrollo institucional del sector público de salud. Además se inician esfuerzos para mejorar el rol rector del Ministerio de Salud sobre el conjunto del sistema público y privado, entre los cuales destaca la creación de la Superintendencia de ISAPRE en 1990.

2. La modernización del subsistema público (1994-2000), que contempla el fortalecimiento del rol regulador del Ministerio, la separación de funciones, la readecuación del modelo de atención, la reforma financiera y la reforma programática. Se desarrollaron estructuras e instrumentos para poder ejercer las funciones de acreditación y potenciar el enfoque de calidad en la atención de salud. Se incorporaron nuevos hospitales y consultorios, aparecieron nuevos tipos de establecimientos como los Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y los Centros de Referencia de Salud (CRS), establecimientos ambulatorios de alta y mediana complejidad respectivamente que ofrecen las especialidades médicas básicas.

El tercer gobierno de la Concertación declaró la reforma de la salud como una de las siete grandes transformaciones para el período 2000-2006. El propósito de la iniciativa es garantizar el derecho a la salud para toda la población, sin discriminaciones, mejorar el nivel de salud y disminuir las brechas sanitarias según las condiciones socioeconómicas y la localización geográfica de la población.

Hoy persiste una tremenda inequidad en acceso a los servicios, oportunidad de los tratamientos y resultados en salud de la población.<sup>34</sup>

Entre los elementos específicos de cambio se encuentran un financiamiento solidario, ley de protección de los derechos de los pacientes, definición de objetivos sanitarios y modelo de atención para la década, plan de salud y fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria.

El desafío para el sector salud de la primera mitad del siglo XX fueron las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil. El modelo permitió erradicar la malaria, el cólera, la viruela, la poliomielitis, el sarampión, la desnutrición, entre otras. Pero hoy es la carga de enfermedades propia de la vejez, un incremento de los problemas de salud mental y accidentes (Objetivos sanitarios), que la nueva reforma abarca.

---

<sup>34</sup> Hernán Sandoval, entrevistado para este trabajo.

## Objetivos sanitarios 2000-2010

La situación de salud en Chile ha sufrido transformaciones fundamentales en las últimas décadas. El cambio demográfico posiciona al país en un período de transición dado por la disminución de los niños y el aumento de la población adulta y senescente. De esta manera el perfil epidemiológico cambia ya que adquieren relevancia las enfermedades crónicas y degenerativas y las enfermedades mentales.

Al comparar por ejemplo la mortalidad infantil de Chile con distintos países de América se observa que el porcentaje nacional es positivo respecto a potencias mundiales en materia de salud (Cuba y Estados Unidos). Además se aprecia una mejoría significativa en relación a Argentina, que presentaba un porcentaje similar en el lustro 1975-1980.

TABLA 2

<b>Mortalidad Infantil por 1.000 nacidos vivos</b>			
<b>País/Años</b>	<b>1975-80</b>	<b>1985-90</b>	<b>1995-2000</b>
<b>Chile</b>	45,1	18,4	12,8
<b>Estados Unidos</b>	12,6	9,2	7,1
<b>Argentina</b>	39,0	27,1	21,8
<b>Brasil</b>	78,5	55,0	42,2
<b>Cuba</b>	22,4	12,9	9,0
<b>México</b>	56,7	39,5	31,0

Fuente: Anuario Iberoamericano 2001, agencia EFE.

En Chile las cifras de 2000 revelaron que por cada mil nacidos vivos mueren 8,9 personas, lo que significa una caída desde el 10,1 por ciento que hubo en 1999.

La disminución de la mortalidad infantil es uno de los Objetivos Sanitarios dictados por el Ministerio de Salud en enero de 2002<sup>35</sup> y pertenece al área de mejoramiento de los logros alcanzados. El texto además diferencia otros tres grupos; enfrentar la nueva realidad del país, disminuir desigualdades y prestar servicio acordes a las expectativas de la sociedad.

### **Mejorar los logros sanitarios alcanzados**

Durante el siglo XX las condiciones de salud de los chilenos mejoraron considerablemente producto del aumento de la calidad de vida y la implementación de políticas de salud pública de impacto poblacional.<sup>36</sup>

Destaca el descenso de la incidencia y mortalidad por tuberculosis a un nivel de veinte casos por cien mil habitantes, es decir, en el umbral de la eliminación. Éste y otros tópicos, como reducir la tasa de mortalidad infantil y materna son parte del mejoramiento de los logros sanitarios ya alcanzados.

Las estrategias que apuntan a ese fin son garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública, prevenir daños específicos en las áreas prioritarias (infantil, mujer, tuberculosis) y mantener las estrategias de control de infecciones transmisibles y emergentes.

---

<sup>35</sup> Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Documento oficial, enero de 2002.

<sup>36</sup> Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Documento oficial, enero de 2002. Página 9.

TABLA 3

Componente e indicador	Situación actual (1999)	Objetivos y meta 2010
Salud infantil: Mortalidad Infantil	10,1 por 1.000 Nacidos Vivos (NV)	Disminuir en un 25%: 7,5 por 1.000 NV
Salud Materna: Mortalidad Materna	2,3 por 10.000 NV	Disminuir en un 50%: 1,2 por 10.000 NV
Enfermedades Infecciosas; Tuberculosis	19,5 por 100.000 habitantes	Fase de Eliminación Avanzada: 2008: 10 por 100.000 habitantes
Morbilidad por inmunoprevenibles		Mantener Programa de Asistencia Integral (PAI) - Incluir vacunas para el adulto mayor y niños en situaciones especiales - Cumplir compromisos internacionales de erradicación y eliminación - Incorporar nuevas vacunas con costo y efectividad comprobada

Fuente: Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010. Página 10.

### Enfrentar desafíos derivados del envejecimiento de la población y de cambios sociales

Desde 1985 la población chilena experimenta un proceso de transición demográfica caracterizado por el descenso de la fecundidad y la mortalidad. En el quinquenio 1960-1965 la esperanza de vida era de 58 años, mientras que entre 1995 y 2000 llegó a 75 años, lo que significa que hoy en día las personas viven 17 años más que en 1965.

TABLA 4

Esperanza de Vida al Nacer (en años)			
Período/sexo	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1970-75	63,57	60,46	66,80
1975-80	67,19	63,94	70,57
1980-85	70,70	67,38	74,16
1985-90	72,68	69,59	75,89
1990-95	74,43	71,53	77,44
1995-2000	75,21	72,28	78,26

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas

De acuerdo a las cifras del VI Censo de Población y Vivienda (realizado el 24 de abril de 2002), en Chile hay 15.050.341 habitantes. En comparación con el Censo de 1992, cuando las cifras eran de 13.348.401, se obtiene un aumento de 1.701.940 personas en el territorio. Ello representa que la población del país creció a un ritmo promedio anual de 1,2 por ciento entre 1992 y 2002. El decenio anterior (1982-1992) al aumento promedio fue de 1,6 por ciento.

Se observa entonces que hay una disminución del crecimiento de la población, acompañado de envejecimiento.

A esto se suman grandes progresos tecnológicos, de las comunicaciones, comercio, cambios ambientales, distintos estilos de vida. “Todo esto significa una situación epidemiológica distinta a la de 50 años atrás”, indica el texto ministerial<sup>37</sup>, que no está resuelta con la primera reforma a la salud que se realizó en 1952.

El doctor Hernán Sandoval dice que “estamos seriamente amenazados en nuestros estándares de salud, que son muy buenos con relación al nivel de desarrollo del país y el gasto que se hace, por una epidemia atribuible a los estilos de vida”.

Además distingue tres factores a enfrentar:

1. Los temas nutricionales y sedentarismo que llevan a tener una población con 40 por ciento de sobrepeso, de los cuales la mitad sería ya obeso. Un 92 por ciento de los mayores de 18 años dice no tener ninguna actividad física continua. Eso lleva un enorme aumento de las enfermedades cardiovasculares, diabetes y sus complicaciones como insuficiencia renal y ortomusculares (el sobrepeso tiene impacto sobre las rodillas, la cintura, deformación de la columna, entre otras deficiencias).

---

<sup>37</sup> Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010. Página 10.



2. La salud mental y la depresión presentan un deterioro que se expresa en consumo de alcohol y drogas. Lo que más daño provoca en la salud de los chilenos es el alcohol, que no se considera una droga.
3. Accidentes de tránsito, laborales, violencia y deportes peligrosos.

Para enfrentar los desafíos del envejecimiento y de cambios sociales, los Objetivos Sanitarios tienen se centran en tres áreas.

#### **a) Controlar los factores de enfermedades relevantes**

Las siguientes estrategias se centrarán en formar hábitos de vida saludable en niños y jóvenes para prevenir problemas de salud actuales.

1. Reducir el consumo de tabaco (incide en numerosos cánceres, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, bajo peso de nacimiento, menopausia precoz y otras) de un 40 a un 30 por ciento en la población general, de un 27 a un 20 por ciento en escolares de octavo básico y de un 45 a un 40 por ciento en mujeres en edad fértil.
2. Frenar el aumento de la obesidad (causa diabetes mellitus, hipertensión arterial, arteriosclerosis) de un 10 a un 7 por ciento en menores de 6 años, de un 16 a un 12 por ciento en escolares de primero básico y de un 32 a un 28 por ciento en embarazadas.
3. Reducir en un 7 por ciento el sedentarismo en que vive el 91 por ciento de los mayores de 15 años.
4. Promover conductas sexuales seguras para prevenir el VIH/SIDA. Esto implica reducir los embarazos adolescentes (entre 15 y 19 años) en un 30 por ciento, de 65,4 por mil mujeres que había en 1999 a 46 por mil mujeres. La tasa de fecundidad en el tramo de 10

a 14 años es de 1,7 por mil mujeres y se quiere eliminar. Retrasar el inicio de la actividad sexual y aumentar al doble el uso de condón son los medios para ello.

5. Contribuir a crear un ambiente saludable particularmente extendiendo a Valparaíso, Viña del Mar, Iquique, Rancagua, Temuco y Talcahuano la red de monitoreo de la contaminación atmosférica, poseer un catastro completo de las empresas que manejan sustancias químicas (hoy día es de 53 por ciento), una total cobertura en el país de agua potable y disposición sanitaria de residuos sólidos en población urbana.
6. Mejorar las condiciones laborales para disminuir la mortalidad y morbilidad de accidentes de trabajo, mejorar las condiciones de higiene y seguridad, la información sobre salud ocupacional y la cobertura de la Ley 16.744 (sobre accidentes del trabajo, atención en hospitales públicos).

#### **b) Disminuir las enfermedades que generan mayor carga de mortalidad**

1. Enfermedades cardiovasculares, la primera causa de muerte en el país con 151,3 fallecimientos por cada 100 mil habitantes en 1999, con énfasis en la reducción de enfermedad isquémica y cerebrovascular.
2. Cánceres, cuidados paliativos y alivio del dolor. El esfuerzo se centra en disminuir en un 40 por ciento la tasa de mortalidad de 9,5 mujeres por 100 mil que padecen cáncer de cuello uterino; en un 25 por ciento el cáncer mamario que es de 13 por 100 mil mujeres y en un 25 por ciento la tasa de 17,1 fallecimientos por cáncer de vesícula que hay cada 100 mil mujeres. Todos los datos son de 1999.

3. Enfermedades respiratorias, especialmente la mortalidad por neumonía en adultos mayores.
4. Frenar la tasa ascendente de diabetes que en 1999 significó 15,8 fallecimientos por 100 mil habitantes. Disminuir a la vez la magnitud de discapacidad asociada a esta enfermedad, que causa a la población general un 42 por ciento de problemas visuales y un 19 por ciento de deficiencias para caminar.
5. Terminar el aumento de muertes por VIH/SIDA que en 1999 era de 3,2 casos por 100 mil habitantes y reducir su transmisión de madre a hijo de un 30 a un 5 por ciento.

### **c) Enfrentar el envejecimiento y los cambios de la sociedad**

Si bien estos problemas no matan, hacen disminuir la calidad de vida de las personas al generar discapacidad, dolor y angustia.

1. Problemas de salud mental. Disminuir a un 7 por ciento los episodios depresivos que se dan en un 7,5 por ciento de la población general. Bajar en un 10 por ciento la tasa de suicidios que en 1999 era de 9,7 por 100 mil habitantes. Disminuir el abuso y dependencias de alcohol y drogas, el primero reducirlo de un 15 a un 13,5 por ciento en mayores de 12 años y el segundo de un 3 a un 2,7 por ciento en el mismo tramo.
2. Disminuir el índice COPD (piezas dentales permanentes, cariadas, obturadas y perdidas) en niños y jóvenes aumentando en un 50 por ciento la atención dental y de un 50 a un 75 por ciento la cobertura de fluoración del agua.
3. Reducir en un 25 por ciento la proporción de adultos mayores con artritis (70 por ciento), artrosis (70 por ciento), y osteoporosis (62 por ciento).

## **Disminuir las desigualdades en salud**

Pese a que los indicadores nacionales son satisfactorios, existen en el país grandes desigualdades dadas por estratos económicos, género y nivel geográfico. Las estrategias con que se trabajará para enfrentar esas diferencias son la focalización de las acciones en los grupos más desfavorecidos, con una especial concentración en las principales causas de mortalidad y morbilidad, y garantizando el acceso y la oportunidad de atención para esos grupos.<sup>38</sup>

La esperanza de vida en hombres sin escolaridad, que representan el grupo socioeconómico más bajo, se redujo dos años entre 1985 y 1997, y 0,3 años en mujeres. La meta es revertir esa tendencia y aumentar la esperanza de vida en dos años.

En cuanto a la mortalidad infantil, el objetivo es reducir la brecha entre los quintiles extremos en un 10 por ciento y hacerlo en un 30 por ciento en los años de vida potenciales perdidos.

## **Servicios acordes a las expectativas de la población**

Se refiere a satisfacer las expectativas poblacionales sobre los aspectos no médicos de la atención y además mejorar poco a poco su calidad técnica. La idea es incrementar la valoración social del sistema y mejorar la situación de salud en un contexto de respeto a la dignidad, libertad e igualdad de los ciudadanos.<sup>39</sup>

---

<sup>38</sup> Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010. Página 14.

<sup>39</sup> Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010. Página 15.

Las metas de esta década se refieren a que el Estado procure que todas las personas tengan acceso a la atención de salud y que la situación económica no sea un impedimento para ello; cumplir con los derechos de los pacientes y su orientación, que se entregan en el proyecto de ley de Derecho y Deberes de las Personas en Salud; y aplicar la técnica y la tecnología médica de manera que maximice los beneficios.

## Sistema de salud chileno

### Contexto demográfico y epidemiológico

La población de Chile es de 15.050.341 habitantes según la cifra arrojada por el Censo de abril del año 2002, de las cuales un 85 por ciento habita en áreas urbanas. El país se encuentra actualmente en un proceso de transición demográfica y epidemiológica debido a la reducción de las tasas de natalidad y mortalidad<sup>40</sup>. Ello se traduce en crecimiento lento y envejecimiento, características que modifican el perfil de enfermedades.

Entre los años 1960 y 2002 la tasa de crecimiento se redujo de 2,4 a 1,2 por ciento, mientras que el grupo de 65 y más años aumentó de 4,3 a 7,0 por ciento. En el período 1960-1965 la esperanza de vida al nacer era de 58,1 años y en el lustro 1995-2000 es de 75,2. Para los años 2010-2020 se proyecta una esperanza de vida de 77,3 años. La tasa de mortalidad infantil bajó de 18,9 por mil nacidos vivos en 1988 a 10,1 en el año 1999. La tasa de mortalidad materna cayó de 7,3 por diez mil nacidos vivos en 1980 a 2,3 en 1999.

**Tabla 5**

Indicadores básicos de salud. 1994-2000	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Tasa bruta de natalidad (por 1.000 hab)*</b>	20,6	19,7	19,3	18,7	18,3	18,3	17,6
<b>Tasa global de fecundidad **</b>	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
<b>Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 hab) *</b>	5,4	5,5	5,5	5,4	5,4	5,6	5,7
<b>Tasa mortalidad materna (por 10.000 nv) *</b>	2,5	3,1	2,3	2,2	2,0	2,3	ND
<b>Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nv)*</b>	12	11,1	11,1	10	10,3	10,1	10,3

Fuente(s): \*Departamento de Estadísticas e Informática. Ministerio de Salud de Chile. \*\*Estimaciones Consejo Económico y Social de América Latina (Celade) para quinquenio 1990-95 y 1995-2000.

Las principales causas de muerte en la población general son las enfermedades ligadas a los estilos de vida y envejecimiento, tales como enfermedades del aparato circulatorio y tumores

<sup>40</sup> Ver tabla 4, página 30.

malignos, enfermedades del aparato respiratorio y traumatismo. El país está libre de la mayoría de las enfermedades emergentes o reemergentes, con excepción del Sida (los fallecidos aumentaron de 239 el año 2000 a 326 en 2001) y el Hanta, cuya presencia se confirma en varias regiones (hubo 35 fallecidos en 2000 y 81 en 2001).

El daño de la salud relacionado con el medio ambiente se expresa desde enfermedades transmisibles asociadas a condiciones de insuficiente saneamiento básico, hasta problemas agudos y crónicos derivados de la presencia de contaminantes en el aire, agua, alimentos y suelo. La mala calidad del aire en la Región Metropolitana constituye un problema social y político especialmente en los meses de invierno. En el ámbito rural se enfrenta la necesidad de dar una pronta respuesta a la situación de más 400.000 personas que no cuentan con agua potable.

### **Contexto social**

La disminución del gasto social durante el régimen militar redundó en la carencia de redes sociales de apoyo. El doctor Infante identifica ése como uno de los principales problemas actuales y como ejemplo explica que “cuando era el niño y la madre había una red social de apoyo expresada en la Casa del Niño, la Ciudad del Niño, Colocaciones Familiares, etc. Para el adulto hoy prácticamente no tenemos red social de apoyo y los ancianos enfermos o convalecientes llegan a los hospitales porque no hay una instancia intermedia”.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> Ver nota 28.

Según el doctor Sandoval la seguridad social que ha existido en Chile permite tener buenos índices en salud, pero “persiste una tremenda inequidad en acceso a los servicios, oportunidad de los tratamientos y resultados en salud de la población”.

En 1985 la esperanza de vida de un trabajador varón con bajo nivel de instrucción era 66 años mientras que la de un profesional también varón con educación secundaria completa era de 72. Una década después, en 1995, se mantuvieron los 66 años para la persona con poca educación mientras que aumentó a 78 la del profesional, es decir, el diferencial aumentó al doble.

“La inequidad es flagrante y en Chile golpea a los más pobres y con más bajo nivel de instrucción”, asegura Sandoval para explicar que la distribución del ingreso y la educación tienen una directa relación con la inequidad.

De los 700 casos de muerte por cáncer del cuello del útero, 500 son en mujeres que no han terminado la educación básica. De los 1600 casos de muerte por cáncer de vesícula en mujeres, dos tercios tienen bajo nivel de instrucción.

“La inequidad se explica porque apenas un 15 por ciento de las listas de espera quirúrgicas se resuelven por antigüedad de inscripción y el 85 por ciento se resuelve por circunstancias ajenas a las necesidades de operar. El criterio de equidad sería operar primero al que se inscribe primero”, sostiene Hernán Sandoval.

La encuesta de caracterización económica (Casen) de 1998 revela que la distribución del ingreso es altamente concentrada. El quintil de los hogares más ricos capta un 57,3 por ciento



mientras que el 20 por ciento más pobre recibe apenas un 3,7 por ciento, relación que fue prácticamente igual en 1987. Entre 1989 y 2000 el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita creció un 66,3 por ciento y llegó a los 4.603 dólares, pero el 70 por ciento de los hogares posee ingresos menores al promedio nacional.

En 1998 la tasa de alfabetismo en personas de 15 años o más llegó a 95,4 por ciento y la escolaridad promedio a 9,9 años.

Los principales problemas políticos y sociales que afectan la situación de salud y el desempeño de los servicios de salud son a juicio de la Organización Panamericana de la Salud:<sup>42</sup>

1. La existencia de un 21,7 por ciento de población bajo la línea de pobreza (1998) con un 5,6 por ciento de ella que es indigente (1998).
2. La persistencia de brechas de género y etnicidad.
3. La concentración del 40 por ciento de la población en la Región Metropolitana.
4. La presencia de un nivel de desempleo que ronda en el 10 por ciento.
5. La complejidad asociada al proceso de descentralización político-administrativa.

### **Contexto económico**

Entre 1991 y 1999 el gasto público en salud aumentó, al igual que lo hizo el gasto social y total. La tabla 6 muestra la evolución del gasto público total, del gasto público social y del gasto público en salud como porcentajes del Producto Nacional Bruto (PNB)<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Perfil del Sistema de Servicios de Salud, Chile. Organización Panamericana de la Salud, abril 2002.

<sup>43</sup> La contribución financiera de los sectores económicos al PNB en 1998 fue: Manufactura, 18,2 por ciento; Comercio, Restaurantes y Hoteles, 14,0 por ciento; Servicios Personales, 13,6 por ciento; Servicios Financieros,

Tabla 6

Indicador	1991	1995	1997	1998	1999
<b>PNB per cápita (USD)</b>	3.613	4.612	4.886	4.957	4.492
<b>Gasto Público Total (% PNB)</b>	21,7	20,3	21,9	23,2	24,5
<b>Gasto Público Social (% PNB)</b>	13,1	13,3	14,4	15,3	16,6
<b>Gasto Público Salud (% PNB)</b>	2,2	2,4	2,6	2,7	2,8

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación:

El gasto público en salud correspondió al 17,6 por ciento del gasto público social el año 2000. En la década de los 90 se observa un crecimiento promedio anual de 8,6 por ciento en el gasto de salud, pero la proporción del dentro del gasto público social se ha mantenido relativamente estable. Respecto del PIB, pasó a representar del 2,0 por ciento de éste en 1990 al 2,8 por ciento en 1999, o sea, un incremento de 40 por ciento acumulado.

Tabla 7

Indicador	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Gasto público nacional en salud per cap. *</b>	45.810	55.758	67.041	77.176	87.282	91.471	98.956	103.931	108.738	110.764	110.217
<b>Gasto público total en salud **</b>	445.687	524.905	613.624	687.869	758.221	790.037	858.208	909.711	984.081	1.014.263	1.099.109
<b>Gasto público social total **</b>	2.921.649	3.189.851	3.522.841	3.861.614	4.097.742	4.395.121	4.820.014	5.088.343	5.474.705	5.901.305	6.260.730
<b>% de Gasto público en salud sobre gasto público social **</b>	15,3	16,5	17,4	17,8	18,5	18,0	17,8	17,9	18,0	17,2	17,6

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación en base a información del Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud. \* En pesos de 2000. \*\* En miles de millones de pesos de 2000.

11,3 por ciento; Construcción, 8,0 por ciento; Transportes y Comunicaciones, 7,8 por ciento; Agropecuaria, Silvícola, 5,4 por ciento; Minería, 4,2 por ciento; Propiedad de Vivienda, 3,9 por ciento; Administración Pública, 3,9 por ciento; Electricidad, Gas y Agua, 2,7 por ciento; Pesca, 1,4 por ciento.

## **Sistema mixto**

El Sistema de Salud chileno es mixto, compuesto de fondos y prestadores públicos y privados. En 2001 Fonasa cubría un 67,4 por ciento de la población y las Isapre un 13,7 por ciento. El porcentaje restante pertenece a otros sistemas (Fuerzas Armadas, Universidades, etc.) o no está adscrita a ningún esquema formal de seguro.

Existe otro seguro específico para accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que es administrado por Mutuales y financiado por los empleadores mediante un porcentaje adicional de las remuneraciones<sup>44</sup>, el que puede aumentar según el riesgo de accidentabilidad de la empresa.

## **Sector público**

Existen tres niveles de atención en salud pública:

1. **Atención Primaria:** Baja complejidad y mucha población. Consta de un equipo dirigido por el médico y compuesto por la enfermera, nutricionista y asistente social.
2. **Centros de Referencia:** Establecimientos de atención de mediana complejidad que dependen del director de casa Servicio de Salud. Realizan acciones correspondientes a especialidades básicas de medicina interna, pediatría, ginecología, obstetricia y cirugía. También tienen especialidades de alta demanda ambulatoria, como oftalmología, dermatología, cirugía infantil, otorrinolaringología, y neurología. Si no pueden resolver

---

<sup>44</sup> Del 0,9 por ciento según la ley del Trabajo, ley 16744 del año 1968

problemas de salud en sus dependencias, derivan a establecimientos de mayor complejidad.

### 3. **Hospitales:** Alta complejidad.

Para aumentar la cobertura se han desarrollado programas específicos como la creación de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU); el programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y las Salas de Hospitalización Abreviada (SHA) para aplicar tecnología apropiada más cerca de las personas; el programa de Listas de Espera con el objeto de disminuir las complicaciones y mejorar el acceso a prestaciones tradicionalmente demoradas; el programa de Reforzamiento de la Atención Primaria para mejorar su capacidad resolutive y la accesibilidad; el programa destinado a aumentar prestaciones de neurocirugía, trasplantes y de quimioterapia infantil, entre otras; la ejecución de inversiones para reposición de establecimientos primarios, para nuevos hospitales en áreas geográficas con oferta menor que el promedio nacional, para nuevos tipos de establecimientos -como los CRS- destinados a mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria y los Centros de Diagnóstico Temprano (CDT) adosados a hospitales de alta complejidad, y para desarrollar procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios de alta complejidad.

La **prevención** también tiene tres niveles que se realizan indistintamente en la Atención Primaria, los CRS y los Hospitales.

1. El **nivel primario de prevención** (distinto a la Atención Primaria) se refiere a la promoción y fomento de salud. Su aplicación debiera ir en niños.
2. La **detección precoz** consiste en campañas para que la población se haga exámenes, como papanicolau, mamas, entre otros. Además incluye la intervención de esas patologías.
3. **Tratamiento y rehabilitación.**

El ministerio de salud posee programas que operacionalizan en los distintos niveles lo que se quiere lograr. Existen programas para el adulto mayor, adulto, mujer, adolescente, niño, programa dental, de medioambiente.

Las estrategias de promoción han tenido diferentes grados de socialización y desarrollo en el país. Algunas con mayor trayectoria (Programa Salud con la Gente) y otras como iniciativas pilotos (Comunas Saludables). Existen también proyectos de demostración (Programa CARMEN) y algunos en proceso de formulación local (Estrategias de Escuelas Promotoras de la Salud y Lugares de Trabajo Saludables). Se han formulado metas de impacto para tres factores de riesgo (obesidad, tabaco y sedentarismo) y un factor protector (asociatividad). Adicionalmente pueden mencionarse la red de Monitoreo de Calidad del Aire en Región Metropolitana, los sistemas de disposición de residuos sólidos y líquidos, y el programa nacional de control de alimentos, manipuladores y locales de expendio.

En cuanto a **programas de prevención específica**, los de mayor inversión son: vacunaciones, alimentación complementaria, campaña de invierno (control de los trastornos respiratorios), prevención de los accidentes de tránsito, control de marea roja y erradicación de la enfermedad de Chagas. Su cobertura es muy alta y como resultados destaca la fuerte reducción de la mortalidad infantil por infecciones respiratorias aguda, la casi desaparición de la desnutrición infantil (prevalencia de desnutrición severa inferior a 0,5%), la certificación de la eliminación de la transmisión vectorial de la enfermedad de Chagas o el logro del umbral de eliminación para la tuberculosis (tasa de morbilidad inferior a 20 por cien mil). De modo similar, las coberturas del Programa Ampliado de Inmunización y de la atención prenatal y del parto superan el 90 por ciento en todos los casos.

Existen programas de detección del cáncer cérvico-uterino y del cáncer de mama con coberturas del orden de 60 y 30 por ciento de sus respectivas poblaciones objetivo. Los principales desafíos se refieren a publicar el diagnóstico de la situación del cáncer en el país, evaluar los aspectos éticos de las intervenciones en cáncer, consolidar el Sistema de Registro Poblacional de Cáncer y priorizar el financiamiento de la quimioterapia para la totalidad de las mujeres beneficiarias del sistema público, con cáncer cérvico-uterino o cáncer de mama. Un desafío esencial es el aumento de las coberturas de pesquisa y oportunidad en los tratamientos, especialmente por insuficiente oferta en métodos de diagnósticos y tratamiento radioterapéutico.

El sector público lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud (Minsal) y sus organismos dependientes: los 29 Servicios de Salud<sup>45</sup>, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (Cenabast), el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (SISP).

El Minsal vela por el desarrollo de la salud a escala nacional, asume el rol rector y regulador del Estado en materia de salud y ejerce la autoridad sanitaria, es decir, le corresponde formular y fijar (de acuerdo a las directivas del Gobierno) las políticas de salud y las normas y planes generales para el sistema, además de supervisar, controlar y evaluar su cumplimiento.

La función principal del SNSS es brindar prestaciones a través de una red asistencial compuesta por Hospitales, Consultorios Urbanos y Rurales, Estaciones Médico-rurales y Postas Rurales; también ejerce funciones de regulación. Los 28 Servicios de Salud

---

45 Arica, Iquique, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Viña del Mar – Quillota, Valparaíso - San Antonio, Aconcagua, O'Higgins, Maule, Ñuble, Concepción, Talcahuano, Bio-Bio, Arauco, Araucanía Sur, Araucanía Norte, Valdivia, Osorno, Llanquihue – Chiloé – Palena, Aysén, Magallanes, Metropolitano Norte, Metropolitano

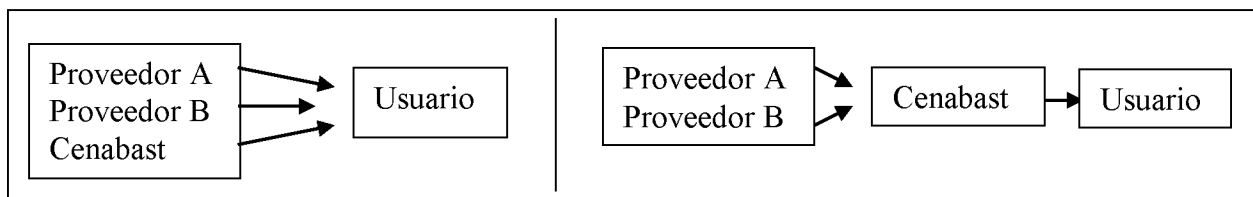
territoriales ejercen las funciones de autoridad sanitaria en su jurisdicción geográfica. Respecto de los hospitales públicos de su jurisdicción, las Direcciones de los Servicios de Salud tienen responsabilidades administrativas.

El ISP sirve de Laboratorio Nacional y de Referencia, lo que involucra la normalización y control de calidad de los laboratorios y de los medicamentos; también tiene funciones en la vigilancia y cumplimiento de regulaciones ambientales.

La Cenabast facilita la provisión de medicamentos y demás insumos de uso médico al sistema. Su proceso de modernización comenzó en 1992 con la finalidad de concentrar la demanda de los hospitales (actuar entre el proveedor y el hospital) y no ser un proveedor más, es decir, no competir. Según Jorge Carigio, uno de los encargados de llevar proceso, esa operacionalización de Cenabast ha permitido rebajar en promedio un 7 por ciento (5 millones de dólares hasta 1998) el precio de los productos que operan con el sistema, lo que se traduce en recursos para el sector salud. Cenabast funciona hoy en día como una bolsa de comercio, pero su función es disminuir los precios de los cerca de 300 productos que pasan por el organismo (son 900 en total, pero en el resto hay sólo un interesado en adquirirlo, por lo que no competirá contra sí mismo en reducir el precio).

### **Cenabast en 1992**

### **Cenabast en 2002**



El Fonasa ejerce la regulación del aseguramiento en el sector ya que financia las acciones de salud y las inversiones, así como las prestaciones otorgadas a través del Sistema o por otros organismos, además, establece convenios y fija aranceles.

La SISP se encarga de controlar las Instituciones de Salud Previsional (Isapre), dicta normas que puntualizan aspectos definidos en la Ley de Isapre (LEY 18.933), tales como condiciones de afiliación, contenido de los contratos de salud, características y forma de expresar los precios de los planes de salud y los aranceles de prestaciones. Sin embargo, la Superintendencia carece de atribuciones para regular las coberturas ofrecidas en los planes de salud.

Los asegurados del Fonasa tienen dos posibilidades de acceso a la atención de salud.

1. En la **modalidad institucional** los beneficiarios sólo pueden acceder a las atenciones de salud que otorga la red de centros asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Toda la población considerada como indigente pertenece a esta modalidad. pueden. Según el ingreso del afiliado, éste debe efectuar copagos que fluctúan entre 10 y 20 por ciento del valor de la prestación.
2. La otra alternativa es la modalidad de **libre elección**, reservada a los cotizantes y sus beneficiarios, quienes tienen la opción elegir libremente al profesional y establecimiento dentro de la lista de prestadores públicos y privados que han suscrito convenio con Fonasa. Esta modalidad considera siempre la cancelación de un copago que varía de acuerdo a la prestación y la categoría con que el profesional o el establecimiento estén inscritos en el registro de proveedores de Fonasa.



En Fonasa, se ofrece cobertura financiera para más de 2.000 tipos de prestaciones que pueden ser agrupadas de la siguiente manera:

1. **Atención ambulatoria:** consultas médicas, exámenes de laboratorio clínico e imagenología.
2. **Atención cerrada:** hospitalización, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. **Programas especiales,** cardiocirugía, neurocirugía, trasplantes renales y hepáticos, medicina nuclear, atención oncológica, hemodiálisis y programa del adulto mayor.

### **Atención primaria**

La Organización Mundial de Salud define la Atención Primaria en salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y aceptables, puesta al alcance de todos los individuos, familias, y comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”<sup>46</sup>.

En Chile se la ha concebido como una estrategia para lograr las metas que se propone el Gobierno a través del Plan de Salud. Entre los principios orientadores se encuentran: la equidad, entendida como la acción que privilegia el acceso a la atención de los grupos más pobres; la eficiencia social, pensada a través del aumento de recursos destinados a programas sociales que beneficien y focalicen a los grupos de alto riesgo; y la participación social.

En el nivel primario de atención (1.784 consultorios en el país) el cambio se centra en un enfoque integral basado en la familia y los actuales consultorios están en transición hacia

---

<sup>46</sup> Ver nota 4,

Centros de Salud Familiar. “Debemos ir hacia un mejoramiento sustancial de la Atención Primaria, destinando más recursos y generando las condiciones para una capacitación permanente de los trabajadores donde logremos retener a la población en los niveles primarios por su calidad, no porque no les dan el paso para ir a un especialista”, dice Sandoval.

“La gran carga de enfermedades es crónica no transmisibles, que no se curan sino que se controlan. El consultorio que queda cerca de la casa debe hacerse cargo de esas personas. Lo más importante es cómo conseguimos que los enfermos crónicos sean crónicamente asiduos del consultorio, se sometan a los controles y sigan los cambios de estilo de vida que le van a aconsejar”, añade.

El doctor Ramón Aguirre considera que una reforma completa en salud parte por la regulación de la Atención Primaria, lugar al que “los médicos no quieren ir a trabajar porque les interesa perfeccionarse y no se les ofrece nada”. Además sostiene que “los consultorios no resuelven nada; el 90 por ciento de lo que llega a los CDT, que es la atención ambulatoria a escala secundaria y está adosada al Hospital, pudo haber sido resuelta allá”.

Según su parecer, la Atención Primaria debiera volver a los Servicios de Salud pero explica que “terminar la municipalización no le conviene al Gobierno porque significa mucha plata, ya logró desprenderse de esto”.

Para el ministro de Salud, Osvaldo Artaza (la autoridad fue removida por el Presidente Ricardo Lagos el 28 de febrero de 2003, en su reemplazo asumió días más tarde Pedro García, hasta el momento director del Instituto de Salud Pública), la municipalización “no fue un error” de la dictadura porque la tuición técnica de los Servicios de Salud funciona bien “lo que sí, hemos detectado una serie de inconvenientes que se produjeron. Como deficiencias en la

relación entre consultorios y hospitales, problemas de financiamiento y de participación de la comunidad en la gestión de sus consultorios. Esos temas se van a resolver con la reforma.”

En la reforma de la salud se estipula que los consultorios funcionarán los 365 días del año y que el 90 por ciento de las atenciones se resolverán allí “aumentando la capacidad diagnóstica y la capacidad terapéutica, colocando los medicamentos ahí”, dice el ministro Artaza.

Esa cifra es muy elevada para el doctor Sandoval. Canadá tiene el 50 por ciento del gasto en Atención Primaria y el 70 por ciento de las atenciones son allí, “ese es un ideal”, sostiene Sandoval. El año 2000 el 16,3 por ciento del gasto del Ministerio de Salud fue para este sector.

Casi todos los consultorios del país (a excepción de los pertenecientes al Servicio Metropolitano Central y de Aysén) son administrados por los municipios y están financiados sobre la base del número de personas inscritas y del aporte que las comunas pueden agregar autónomamente.

Sandoval sostiene que “el AUGE puesto en práctica el primer año duplica el per cápita de la Atención Primaria, el problema es cómo se transfiere esa plata para que sea usada eficazmente y eso hay que profundizarlo con los municipios y gremios para ver dónde ponemos los incentivos; si se los entrega directamente a los municipios o se hacen programas específicos por ejemplo de hipertensión”.

Alvaro Erazo<sup>47</sup> explica que “los más de 360 consultorios que hay en el país tienen como principal mecanismo de asignación el presupuesto per cápita. Nuestro interés es avanzar más decididamente en poder identificar de mejor manera el reconocimiento en la actividad que se le otorga a la población, más allá de que la Atención Primaria funciona en una lógica distinta a

---

<sup>47</sup> Alvaro Erazo: Director del Fonasa.

la atención hospitalaria, no es curativa por esencia sino de prevención, promoción y fomento. Necesariamente tenemos que identificar que la población inscrita en la Atención Primaria está recibiendo las atenciones comprometidas en la medida que se estableció un plan de salud familiar. Fonasa tiene que avanzar más en el involucramiento respecto a lo que es necesario comprometer y garantizar por la vía de nuestra principal herramienta, la intermediación financiera (per cápita).”

“Esa intermediación financiera tiene que tener un respaldo mucho más claro respecto a la actividad que hacen los municipios, porque hemos constatado que un porcentaje importante de la población inscrita no hace uso de la atención en los consultorios, sino que concurre a la modalidad de libre elección de Fonasa. Lo que hay que hacer es establecer compromisos muchos más claros de los municipios respecto a lo que se compromete también en actividad, como la resolución de problemas de salud como las enfermedades crónicas, los programas que se desarrollan. De manera que tengamos un registro de esa actividad y no sólo lo que hoy día tenemos, que es un registro de la población inscrita”, agrega Erazo.

Como solución, el presidente de Fonasa estima que a través de los Servicios de Salud se puede hacer una alianza y una relación contractual en la que se establezcan mecanismos de traspaso de recursos que consideren no sólo la población inscrita, sino también compromisos de atención.

### **Municipalización de la Atención Primaria**

Para Ramón Aguirre la Atención Primaria “es la puerta de entrada a todo el sistema y el gran problema es que no depende del Servicio de Salud, tiene otra Ley (LEY 19.378, publicada el 13 de abril de 1995)”.

Explica que con la municipalización se terminó este tipo de atención y critica que “la Concertación tuvo la oportunidad de echar para atrás esto y no lo hizo. Víctor Maturana era presidente del Colegio Médico cuando salió esa ley, gran amigo de (el ex Presidente Patricio) Aylwin. El Colegio Médico estaba en contra de eso y Maturana se lo advirtió, pero Aylwin dijo que no lo retiraría porque sería reconocer que se había equivocado. Estaba mal asesorado, al igual que (el actual Presidente Ricardo) Lagos”.

El ministro de salud en la época en que se legalizó la municipalización de los consultorios, Carlos Massad (1994 - 1996) “no es médico, es ingeniero comercial, y siguió adelante. Le dije que retirara el proyecto y me dijo que no podía porque todos lo querían. Estaban Maturana, con pancartas en el Congreso en Valparaíso exigía que se aprobara la ley. Al otro día que salió, Maturana empezó con los paros en contra de la ley y ahora es el principal detractor.”

La respuesta de Estaban Maturana es que con el sello legal de la municipalización se planteó “la necesidad de avanzar en el proceso de descentralización. Obviamente no hubo capacidad política de echar pie atrás en una decisión que tomó el gobierno militar, esto es parte de las leyes de amarre. Nuestra postura inicial hasta 1991 (en ese tiempo funcionaba la Coordinadora Nacional de Trabajadores de la Atención Primaria, la Confusam fue fundada el 9 de mayo de 1997) fue que los consultorios tenían que devolverse a los Servicios de Salud, pero en 1992 asumimos que no estábamos en condiciones dado que éramos una organización pequeña, desconocida y no teníamos capacidad política. Decidimos que se legislara una

norma legal que regule la administración de los municipios y los derechos y deberes del personal”.

Hoy día el líder del gremio está a favor de la municipalización porque considera una lógica adecuada que se acerquen a la gente las decisiones y acciones del Estado. “Que los municipios en su condición de gobierno local tengan la responsabilidad de administrar salud es coherente con el proceso de modernización del Estado a nivel mundial”, dice Maturana.

### **Pariente pobre**

El médico Esteban Maturana afirma que la Atención Primaria “es el pariente pobre de la salud porque los médicos chilenos y el mundo de los hospitales miran en menos a los consultorios. Ir a trabajar a un consultorio es casi como ir una especie de Siberia de la salud pública”. Esa opinión es compartida por Sergio Torres<sup>48</sup> quien dice que es un rubro poco atractivo para la parte médica, “es bien rasca un médico que trabaja sólo en consultorio aunque tenga una labor muy importante. Un médico bien preparado en consultorio debiera resolver una parte importante, como en salud familiar”.

“Eso tiene que ver con la deformación que hacen las universidades respecto a que la cultura médica es altamente especializada y muy hospitalaria. Eso no se corresponde con los tiempos modernos, hay que formar médicos que vayan a trabajar en los consultorios, que tengan claro que si fin último no es ser especialista en los pelos de las cejas, sino que la tendencia mundial apunta en otra dirección”, añade Maturana.

Para atraer la gente “debe ser un nivel primario que genere confianza a las personas, si un día toca un médico y otro día otro, la persona no se siente atendida, siente que nadie se hace cargo de su problema. La primera medida que consideramos indispensable es que se asigne

población con nombre y apellido a los médicos y al equipo de salud. Que lo vea al volver del especialista, comunicarse con el especialista. Si se genera confianza a la población, esto genera incentivos para que los jóvenes se dediquen a esa especialidad”, señala Hernán Sandoval.

En España en los años 80 se dio el título de especialista en salud familiar a los médicos de los consultorios, se les mejoró el sueldo y quedaron con un compromiso de capacitación permanente. En Estados Unidos en 1985 el 8 por ciento de los egresados de medicina se dedicaba a atención primaria. En 1995 aumentó a 32 por ciento porque hubo poderosos incentivos.

### **“El AUGE es absolutamente hospitalario”**

La frase pertenece al doctor Esteban Maturana quien afirma que el mensaje de la reforma de la salud “habla mucho de la Atención Primaria, pero a la hora de legislar, al legislador se le olvidó la Atención Primaria, hay mucho en el mensaje que no tiene relación con lo que el articulado expresa. Hay una incoherencia que nosotros queremos que se corrija”.

Los trabajadores de la salud municipalizada sostienen que la ley de Atención Primaria trata sólo la administración de los establecimientos y los convenios con los Servicios de Salud, pero no delimita las responsabilidades de los consultorios como se quiere hacer en el ámbito regional (seremi) y nacional.

Como ejemplo Maturana cita el caso de Juan Ignacio Herrera, un niño de tres años a quien la Municipalidad de Renca cortó después de diez meses el suministro de oxígeno del que depende debido a que tiene secuelas de una Bronconeumonía por Adenovirus. Hubo un recurso de protección en su favor que la Corte de Apelaciones falló en su favor, pero la

---

<sup>48</sup> Sergio Torres: Gerente general del Hospital Universidad de Chile.

Municipalidad apeló y la Corte Suprema revocó la decisión sosteniendo que el municipio no está obligado a



suministrar el oxígeno porque los jueces consideraron que la prestación no es propia del nivel primario de salud, sino del secundario.

“No puede ser que la Justicia decida las responsabilidades”, alega Maturana. Finalmente un empresario particular anónimo decidió aportar el oxígeno de por vida al menor.

### **Atención secundaria y terciaria**

Los hospitales son dirigidos por los Servicios de Salud (28) a los que se agrega en la Región Metropolitana el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente (Sesma). El presupuesto de los hospitales depende de una mezcla de asignación histórica, que en el año 2000 representó alrededor del 80 por ciento del total, y de retribución financiera para la atención de patologías prevalentes (Pago Asociado a Diagnóstico, PAD) y algunos programas específicos (Programa de Oportunidad de Atención, POA) más otros programas específicos (adulto mayor, etc.).

El origen del financiamiento público se distribuye entre el aporte fiscal para salud, las cotizaciones<sup>49</sup> y copagos de las personas inscritas en el sistema público y los ingresos de operación.

En 1999, esta distribución era de 54, 39 y 7 por ciento respectivamente, mientras que en 1990, las cifras fueron de 41, 53 y 10 por ciento. A esto hay que agregarle los aportes directos de los municipios cuyo total para 1998 se estimaba en 4.031 pesos en promedio per cápita.

---

<sup>49</sup> Aporte obligatorio del 7 por ciento de la remuneración de los asalariados que poseen un contrato de trabajo, con un límite de 60 unidades de fomento (el valor de la UF a fines de 2002 era de 16.740 pesos).

La utilización del gasto público en salud es la siguiente: 59,6 por ciento para la modalidad institucional, 13,8 por ciento para la modalidad de libre elección, 6,4 por ciento para programas de salud pública, 5,7 por ciento para subsidios de incapacidad laboral, y 14,5 por ciento para otros gastos. Dentro de la modalidad institucional (tabla 8), 16,3 por ciento del gasto el año 2000 corresponde a atención primaria y el resto a atención secundaria y terciaria.

Tabla 8

Año	Atención Primaria (1)		Secundaria - Terciaria (2)		Total
	Miles de millones de pesos 2000	%	Miles de millones de pesos 2000	%	Miles de millones de pesos 2000
1990	28.769	11,2	227.968	88,8	256.737
1991	35.700	12,9	240.962	87,1	276.663
1992	40.238	11,3	316.952	88,7	357.190
1993	41.601	10,1	368.655	89,9	410.257
1994	59.369	11,5	459.013	88,5	518.383
1995	61.495	12,0	451.399	88,0	512.893
1996	72.121	12,6	498.725	87,4	570.846
1997	74.769	12,4	529.418	87,6	604.188
1998	88.452	13,8	552.238	86,2	640.690
1999	99.715	15,1	558.641	84,9	658.356
2000	106.678	16,3	549.305	83,7	655.983

Fuente: Balance Presupuestario - FONASA.

Notas: (1) La Atención Primaria considera el gasto per-cápita entregado por el Ministerio de Salud a los municipios, más los aportes especiales del programa de reforzamiento de la Atención Primaria. (2) Considera el gasto del SNSS en prestaciones médicas no pecuniarias otorgadas a los beneficiarios de Fonasa.

Hay 182 hospitales pertenecientes al SNSS en el país, a los que se deben agregar 8 hospitales delegados, es decir no pertenecientes a los Servicios de Salud, pero que tienen convenios con ellos y forman parte de la red. Del total de hospitales, 20 son de alta complejidad. También existen 526 consultorios y más de 1.800 postas y estaciones médicas rurales. En diciembre de 1999 había en el país 2.635 establecimientos públicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud. La tabla 9 constata el tipo de establecimientos públicos de salud en Chile durante 2001.

Tabla 9

<b>Hospitales</b>	<b>190</b>
Hospitales de Alta Complejidad	20
Consultorios de Atención Primaria	526
Postas y Estaciones Médicas Rurales	1840
Otros	73

Fuente: División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud.

### Sector privado

El aseguramiento privado se hace a través de las Isapre, que administran la cotización obligatoria (7 por ciento de la remuneración de los trabajadores contratados con un tope de 60 UF) de quienes opten por adscribirse a ellas. Las Isapre pueden acordar con sus clientes primas complementarias para mejorar los planes de salud y son fiscalizadas por la SISP.

El contrato de seguro se suscribe individualmente entre la institución aseguradora y el cotizante, aunque existen planes colectivos con empresas. Los contratos tienen una vigencia de un año, período en que el asegurador puede darlo por concluido unilateralmente.

“En el sistema privado el problema son los abusos”, sostiene Pedro Barría<sup>50</sup> en referencia a la unilateralidad, preexistencias, discriminaciones, uso de nuevas tecnologías, acceso a la información por exceso de planes, agentes de venta de planes, coberturas no cumplidas, licencias. El empresario de la salud René Merino responde que “nuestros afiliados no se han retirado del sistema porque estén disconformes, sino porque no pueden pagar”.

Como no existen planes obligatorios de referencia, ha proliferado una gran cantidad de planes distintos, cuyo número a mayo de 2000 sobrepasa los 47 mil vigentes y 11 mil en

<sup>50</sup> Pedro Barría: Abogado, presidente de la Corporación de Afiliados y Usuarios de Isapre.

comercialización. En este contexto, resulta muy difícil comparar los planes y establecer las diferencias entre ellos.

Las Isapre implementaron un sistema de Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC) en los planes de salud, con aportes adicionales de los cotizantes cuyos valores oscilan entre 0 y 1.600 pesos por beneficiario. Este beneficio debe ser otorgado a todos los beneficiarios sin excepción. Adicionalmente, la institución debe cubrir todos los gastos asociados a un evento de salud cuando los copagos superen en treinta veces el precio del plan, con un piso de 60 UF y un techo de 126 UF.

Las Isapre pueden ser **cerradas o abiertas**. En el primer caso, la posibilidad de inscripción está limitada a ciertas personas, en general las que trabajan en una empresa como Codelco o un sector económico determinado. En el segundo, la inscripción es abierta a toda la población con niveles de renta que les permita afiliarse. En su gran mayoría, las Isapre (22 operando en 2002, 8 cerradas y 14 abiertas) trabajan preferentemente con prestadores privados, aunque pueden realizar acuerdos con las instituciones públicas de salud para la atención de urgencia, unidades de tratamiento intensivo y pensionados (secciones de hospitales públicos destinadas a atención de pacientes privados, con un número de camas que no puede exceder 10 por ciento del total de la dotación). Algunas Isapre disponen, a su vez, de su propia red para la atención de sus beneficiarios.

El sector privado proveedor está conformado por un conjunto de clínicas, consultorios, laboratorios y farmacias, manejados por personas o sociedades privadas y que tienen una mayor concentración en las regiones con mayor proporción de población del país.

La Ley que rige el funcionamiento del Fonasa desde Diciembre de 1999, definió que a partir de julio de 2004 ningún afiliado de Isapre tendrá acceso al subsidio del 2 por ciento, el cual había sido establecido en la década de los años 80 para incentivar el traspaso de afiliados de Fonasa hacia las Isapre. Además esa legislación definió que desde junio de 2000 el subsidio es en moneda corriente y en un monto tal que el total de la cotización del afiliado dependiente de Isapre no exceda de 2 UF del mes anteriormente señalado.

La distribución del gasto de las Isapre, para el año 1999 fue la siguiente: 63 por ciento para prestaciones médicas, 18 por ciento para otras prestaciones (principalmente subsidios de incapacidad laboral) y 19 por ciento para gastos de administración y ventas. El margen de utilidad fue del orden de 0,5 por ciento sobre los ingresos operacionales. La estructura de gasto es estable y se puede observar una reducción del margen de utilidad durante los últimos años.

La tabla 10 resume la evolución del financiamiento tanto público como privado, durante la última década (en millones de pesos del año 2000):

Tabla 10

Sector	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Público</b>	424.258	495.713	606.791	721.964	784.724	841.219	919.109	964.478	1.069.322	1.127.234	1.223.248
<b>Isapre</b>	265.345	315.722	377.194	438.776	489.226	558.743	608.467	620.662	676.799	670.067	661.258
<b>Municipal</b>	nd	nd	nd	nd	Nd	nd	nd	35.077	39.499	39.270	nd

Fuentes: Departamento de Finanzas y Recursos Humanos Fonasa. Departamento de Estudios Superintendencia de Isapre.

La tendencia futura va a depender esencialmente de la evolución de la situación económica y del nivel del empleo, pues éste determina el universo de los cotizantes y su distribución entre el seguro público (Fonasa) y los seguros privados (Isapre).

En el sector privado existen 19 hospitales complejos y 216 clínicas u hospitales de complejidad intermedia y baja.

**Tabla 11**

Disponibilidad de Equipamiento en el Sector Salud, año 2001/Subsector	Tipo de recurso			
	Camas Censables	Laboratorios Clínicos	Bancos de sangre	Equipo de radiodiagnóstico
<b>Público</b>				
SNSS	29.753	190 (a)	109	nd
Defensa Nacional	2.145	nd	6	nd
Otras instituciones	734 (b)	nd	2 (c)	nd
<i>Subtotal</i>	<b>32.632</b>		<b>117</b>	
<b>Privado (con y sin fines de lucro)</b>				
Hospitales y Clínicas	7.166	80	45 (d)	
Mutualidades de trabajadores	1.378	nd	12	nd
Otras instituciones	261 (e)	nd	-	nd
<i>Subtotal</i>	<b>8.805</b>	nd	<b>57</b>	nd
<b>TOTAL</b>	<b>41.437</b>		<b>174</b>	

Fuente: División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud.

Notas: (a) Sólo hospitales. (b) Corresponden a camas de hospitales delegados, es decir establecimientos hospitalarios que tienen convenios con la Dirección del Servicio de Salud del territorio respectivo para la atención de pacientes beneficiarios públicos. (c) Hospitales universitarios. (d) 3 Bancos de sangre no asociados a hospitales. (e) Corresponde a establecimientos hospitalarios de la Corporación del Cobre (Codelco)

## Recursos humanos

El Colegio Médico tenía 17.292 médicos colegiados en 1998 (la inscripción no es obligatoria), cifra que implica 11,5 médicos por 10.000 habitantes y es estable en relación con años anteriores (en 1995, existían 17.633 médicos colegiados). La siguiente tabla se refiere a los recursos humanos en el sector salud entre 1991 y 1999.

TABLA 12

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Médicos</b>	6.459	6.940	7.315	7.553	7.689	7.831	7.999	8.308	8.780
<b>Enfermeras</b>	2.683	2.790	2.896	3.016	3.131	3.226	3.354	3.479	3.641
<b>Odontólogos</b>	1.125	1.165	1.006	1.007	1.064	1.042	1.078	1.078	1.082
<b>Auxiliares de Enfermería</b>	21.106	21.341	21.639	21.545	21.876	22.166	22.336	22.664	23.067
<b>Médicos por 10,000 beneficiarios del SNSS</b>	6,86	7,90	8,57	8,74	8,90	9,03	9,14	9,37	9,78
<b>Enfermeras por 10,000 beneficiarios del SNSS</b>	2,85	0,30	3,08	3,20	3,33	3,43	3,56	3,70	3,87
<b>Odontólogos por 10,000 beneficiarios del SNSS</b>	1,20	1,24	1,07	1,07	1,13	1,11	1,15	1,15	1,15
<b>Aux. de Enfermería 10,000 beneficiarios del SNSS</b>	22,42	22,67	22,99	22,89	23,24	23,55	23,73	24,07	24,50

Fuente: Anuario de Atenciones y Recursos 1978-1999. Departamento de Coordinación e Informática. Ministerio de Salud. No incluye personal de establecimientos municipales. Información referida a cargos y no personas. No se incluyen cargos de estructura jerárquica ni tampoco médicos del Ciclo de Destinación.

- El total de consultas y controles efectuados en 1999 asciende a 35.362.454 atenciones de salud, lo que equivaldría a 2,4 atenciones por habitante y por año (a 3,9 atenciones por habitante y por año limitándose a la población de Fonasa). Esto representa un aumento de 15 por ciento del número de atenciones en 5 años (1995-1999). De este total, el 81 por ciento corresponde a consultas y el 19 por ciento a controles. La relación de consultas por habitante y por año alcanza por lo tanto las cifras de 1,9 y 3,2 respectivamente. El 36 por ciento de las consultas son de emergencia. De manera general, el 80 por ciento de las consultas son realizadas por médicos, 10 por ciento por enfermeras y nutricionistas y 10 por ciento por auxiliares. Para los controles, estas proporciones son de 28, 50 y 22 por ciento respectivamente. El incremento de atenciones observado durante el último quinquenio se debe esencialmente a las consultas, que aumentaron un 20%, mientras que el número de controles no varió.
- |  |  |
|--|--|
| <p>En cuanto a la odontología, la cobertura del programa de control está en alrededor del 3 por ciento de la población del país. Se registraron en el año 1998, un total de 1.367.557 primeras consultas de las que 33 por ciento, resultaron en altas integrales.</p> | <p>El mismo año el número total de exámenes de laboratorio fue de 36.663.341, mientras que los de imagenología alcanzaron a 3.411.170. Esto corresponde a 2,24 y 0,21 exámenes por consulta médica, respectivamente.</p> |
|--|--|
- Respecto del sector privado, la Superintendencia de Isapre informó para el año 1999 de un total de 13.689.612 atenciones médicas, sin que se especificara su naturaleza. Asimismo, informó de la realización de 16.175.238 exámenes de diagnóstico. Estas cifras corresponden a una razón de 3,6 atenciones médicas y 4,0 exámenes de laboratorio por beneficiario del sistema. En su gran mayoría, estas prestaciones fueron efectuadas en el sector privado. A esta cifra, habría que agregar una proporción de las consultas pagadas por Fonasa bajo la modalidad de libre elección.

En 1998 el total de egresos del sector público fue de alrededor de 1.080.000, con un índice ocupacional de 70,5 por ciento y un promedio de 6,83 días de estadía. Eso corresponde a una tasa de 105,0 hospitalizaciones por 1000 usuarios del sistema público, cifra en baja continua durante los últimos años (era de 117,5 en 1990). En el sector privado hubo 424.537 egresos hospitalario en 1999, cifra en aumento con relación a los años anteriores. La tasa de hospitalización corresponde a 122,8 por mil beneficiarios, con un índice de ocupación de 63 por ciento y un promedio de estadía de 3,0 días.



## **Prioridades y garantías en salud**

En su mensaje del 21 de mayo de 2002 el Presidente de la República, Ricardo Lagos, explicó al país que el nuevo paso en salud es la reforma integral del sistema, ya que el aumento de las inversiones, cobertura y acceso eran una realidad. “Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas. Para resguardar el derecho a la salud no basta con la declaración de ese derecho, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles”, expuso el Mandatario.

El Presidente explicó que la única finalidad de la reforma era dar mejor atención a todos los chilenos a través del Plan AUGE y evitar las desigualdades. “La reforma es ante todo prevención... Aspiramos, en primer lugar, a que los chilenos y chilenas sean cada vez más sanos, con mejores hábitos alimenticios, menos sedentarios, capaces de llevar un estilo de vida que favorezca la salud, que evite la obesidad y las enfermedades”, señaló.

Puntualizó que cuando la prevención ha fallado, el segundo componente es la salud de las personas, “hablamos entonces de asegurar el bienestar sanitario de la población, mejorando la Atención Primaria y las urgencias. Ese es el punto de entrada al sistema y eso es lo que tenemos que mejorar primero”.

Encarar las principales enfermedades del comienzo del siglo XXI “las más costosas para la salud y para los bolsillos” fue la propuesta del Gobierno. Para ello se priorizaron 56 patologías en las que se garantizan plazos máximos de atención y un pago de las personas no mayor al 20 por ciento del costo total. “Estamos en condiciones de garantizar esta atención.

Estamos en condiciones de garantizar que no habrá problemas económicos. Esa es nuestra palabra”, sostuvo el jefe de Estado y también recalcó que el resto de las necesidades “seguirán siendo cubiertas”.

El plan garantizado es un instrumento obligatorio al que podrán acceder los afiliados al sistema público y será el mínimo que podrán ofrecer las Isapre a sus beneficiarios.

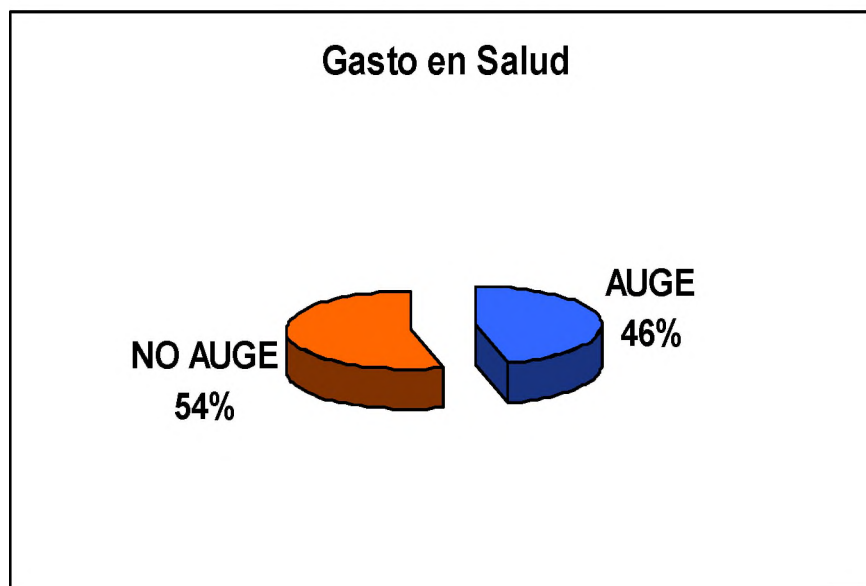
La Tabla siguiente contiene el listado de enfermedades. El tiempo de espera y el copago máximo se detallan en el anexo 2.

Tabla 13

1.- Atención del Parto con Analgesia	20.- Gran Quemado	psiquiátricos severos)
2.- Todos los cánceres infantiles	21.- Politraumatizado con y sin Lesión Medular	39.- Asma Bronquial
3.- Cáncer Cervicouterino	22.- Hernia Núcleo Pulposo	40.- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
4.- Cáncer de Mama	23.- Tumores y Quistes SNC	41.- Hipertensión Arterial
5.- Leucemia (Adultos)	24.- Aneurismas	42.- Accidente Vascular Encefálico
6.- Linfoma (Adultos)	25.- Retinopatía Diabética	43.- Diabetes Mellitus Tipo I y II
7.- Cáncer de Testículo	26.- Vicios de Refracción	44.- Prematurez
8.- Cáncer de próstata	27.- Pérdida de Dientes en el Adulto Mayor	45.- Retinopatía del Prematuro
9.- Cáncer Gástrico	28.- Cirugía que requiere Prótesis	46.- Dificultad Respiratoria del Recién Nacido
10.- Cáncer de Vesícula y vías Biliares	29.- Hipoacusia	47.- Accidentes que requieren UTI
11.- Cánceres Terminales (cuidados paliativos)	30.- Hiperplasia Benigna de la Próstata	48.- Artritis Reumatoidea
12.- Enfermedad Isquémica (Infarto miocardio)	31.- Neumonías en el Adulto Mayor	49.- Artrosis
13.- Trastornos de Conducción	32.- Ortesis Adulto Mayor (bastones, silla de rueda, otros)	50.- Epilepsia (mejoramiento programa manejo infantil)
14.- Cardiopatía Congénita Operable	33.- Hemofilia	51.- Trauma Ocular
15.- Defectos del Tubo Neural	34.- Fibrosis Quística	52.- Desprendimiento de Retina
16.- Labio Leporino y Fisura Palatina	35.- Escoliosis	53.- Estrabismo (menores de nueve años)
17.- Insuficiencia Renal Crónica	36.- Depresión	54.- IRA (menores de 15 años)
18.- VIH / SIDA	37.- Dependencia al Alcohol y Drogas	55.- Salud Oral Integral
19.- Cataratas	38.- Psicosis (trastornos	56.- Urgencias Odontológica

Para implementar el sistema de garantías se requiere incrementar en 150 mil millones de pesos el gasto de atención médica, es decir, un 14.56 por ciento para llegar a 1 billón 180 mil millones de pesos (un billón son mil millones de pesos). El doctor Sandoval explica que de la nueva cifra se destinarán 540 mil millones al AUGE (que incluye Atención Primaria) y 640 mil millones al resto de las patologías y subsidios por incapacidad laboral.

Figura 1



La reforma se basa en que la salud es un bien social y un derecho humano esencial de cual toda la sociedad es responsable.

Los principios que fundamentan la reforma de la salud son:

1. **Equidad:** Que todos los chilenos tengan las mismas condiciones de acceso, oportunidad y calidad en la solución de los problemas prioritarios de salud.
2. **Solidaridad:** Todas las personas compartirán el costo asociado al riesgo de enfermarse con el fin de terminar las discriminaciones hacia las mujeres y la tercera edad. Además para las

personas de menores recursos el Estado se hará responsable de aportar el costo (Prima Universal, fijada en 50 mil pesos) del régimen de garantías explícitas<sup>51</sup>.

3. **Efectividad y eficiencia:** Utilizar los recursos limitados de manera de obtener el mayor beneficio a la salud de las personas. Para ello se plantea la gestión.
4. **Participación social:** Que la población sea más consiente de su cuidado en salud, de sus derechos y más responsable de contribuir a la implementación de políticas públicas.

La iniciativa pretende un gran cambio cultural en quienes reciben atención y también en los que prestan los servicios.

## **Proyectos de Ley**

El 8 de junio de 2001 comenzó el proceso legislativo de la reforma con la presentación en el Congreso Nacional del primer proyecto de Ley, el de **Derechos y Deberes de las Personas en Salud**. La iniciativa regula los derechos que las personas tienen durante su atención de salud.

### **I) Derechos y Deberes de las Personas en Salud**

El mensaje número 038-344 enviado por el Presidente de la República, Ricardo Lagos y la ministra de Salud, Michelle Bachelet (dejó el cargo en enero de 2002 en manos de Osvaldo Artaza) a la Cámara de Diputados inicia un proyecto de Ley sobre los Derechos y Deberes de las Personas en Salud.

---

<sup>51</sup> El costo del AUGE es una Prima Universal de 50 mil pesos por persona al año (suma 175 mil millones), el Fisco financiará los tramos A y B del sistema público (indigentes), mientras que los C y D pagan según su renta. En el sistema privado la prima no puede superar el tope de 50 mil pesos

El texto legal busca otorgar a los usuarios de los organismos prestadores de salud, tanto público como privado, un instrumento para que se conozcan los derechos que les asisten como los deberes que sobre ellos recaen. Además advierte que la legislación vigente carece de un “catálogo o carta” que dé cuenta de ello.

El mensaje reconoce que la Constitución establece que es deber preferente de los órganos del Estado y del Gobierno el respetar y promover el derecho a la protección de la salud, así como los tratados internacionales ratificados por Chile y vigentes en el país. En ese contexto establece y regula las siguientes categorías de derechos de las personas:

1. **Derecho al libre e igualitario acceso a las acciones de salud.** (Artículos 4 y 5)

Se refiere a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a las destinadas a su rehabilitación. Además prohíbe que se efectúen todo tipo de discriminaciones arbitrarias en cualquier entidad que otorgue salud.

2. **Derecho a un trato digno y respetuoso.** (Artículo 6)

El equipo de salud debe al menos usar un lenguaje adecuado y comprensible, tener una actitud amable y cordial, respetar la privacidad y el pudor de la persona a la que atienden.

3. **Derecho a recibir compañía y asistencia religiosa o espiritual.** (Artículo 7)

Se debe facilitar la compañía de parientes y cercanos durante la hospitalización de paciente, salvo indicación específica del médico tratante y según la reglamentación del establecimiento.

4. **Derecho a formular consultas y reclamos.** (Artículo 8)

El Ministerio de Salud determinará los procedimientos para que los usuarios realicen las consultas y reclamos que estimen pertinentes, como el plazo en que los prestadores deberán responder o resolver. Los usuarios pueden además manifestar sugerencias y opiniones por escrito u oralmente.

5. **Derecho a la información.** (Artículos 9 al 12)

Los prestadores estarán obligados a proporcionar la información que les soliciten las personas acerca de materias administrativas, atenciones de salud que se ofrecen, mecanismos para acceder a ellas y su valor. La atención debe ser por un equipo de salud en que todos sus miembros tengan algún sistema de identificación.

Asimismo se establece el derecho de toda persona a ser informada en forma oportuna y comprensible sobre su condición de salud, tratamientos posibles, evolución y pronóstico. El paciente puede manifestar por escrito su voluntad de no ser informado. Al finalizar la hospitalización el paciente recibirá un informe sobre su situación.

6. **Derecho a la privacidad de la ficha clínica.** (Artículos 13 al 15)

Los datos consignados en las fichas clínicas serán considerados como dato sensible según el artículo 2 letra g) de la Ley 19.628. Nadie que no esté involucrado directamente en la atención médica del paciente tendrá acceso a esa información, salvo autorización del titular, orden judicial o necesidad del Ministerio de Salud.

7. **Derecho al consentimiento informado.** (Artículos 16 al 21)

Este derecho es sin dudas el de mayor innovación del proyecto. Consiste en que el paciente podrá aceptar o rechazar los procedimientos propuestos por los profesionales tratantes, excepto si la no aplicación del tratamiento (en caso de no existir otra alternativa) significa su muerte, supone un riesgo para la salud pública o se trata de una atención de urgencia en que hay riesgo vital o secuelas graves para la persona.

Para los pacientes terminales el proyecto establece la posibilidad de no prolongar la agonía innecesariamente y dejar que la enfermedad siga su curso normal hasta provocar el deceso. La voluntad del paciente será acatada siempre que su estado sea terminal y tenga poca expectativa

de vida y que los cuidados médicos sólo prolonguen la agonía; en cada caso el tratante deberá consultar la opinión de un segundo profesional ajeno a la atención de ese paciente para constatar que los cuidados son innecesarios. Los infectados con VIH no son catalogados como “muerte próxima”.

Cuando se trate de pacientes “en estado de muerte cerebral”, en quienes no se puede recabar la voluntad de no continuar con el tratamiento, el texto consigna que su representante legal o los parientes más cercanos podrán adoptar la decisión.

Ni los médicos ni el establecimiento asistencial tendrán responsabilidad civil o penal en el rechazo o aceptación de los tratamientos. De todas maneras se reitera que el paciente debe estar bien informado acerca de su situación de salud.

Los derechos serán garantizados por el Servicio de Salud al que corresponda el territorio donde esté ubicado el prestador de salud. En caso que el establecimiento dependa del Servicio, el director de éste deberá velar por la observancia de las normas. En la propuesta de nueva autoridad sanitaria se estipulan las facultades de los Servicios de Salud para que se encarguen de asegurar esos derechos.

Las personas también tienen que cumplir ciertos deberes que apuntan a la creación de condiciones que permitan gozar de un ambiente saludable para toda la comunidad. Esta responsabilidad constituye una medida de prevención sanitaria.

Toda persona debe informarse acerca del funcionamiento de los centros de salud, solicitar atención de acuerdo a sus necesidades, entregar al equipo de salud una información veraz acerca de su estado, conocer y decidir los riesgos y alternativas de los procedimientos que se le propongan, conocer los procedimientos de consulta y reclamo del prestador, cumplir las

prescripciones generales sanitarias que son comunes a toda la población, cuidar el establecimiento al que asista y utilizar responsablemente los servicios que se le otorgan.

El 28 de febrero de 2003 el proyecto se encontraba en la **Comisión de Salud de la Cámara de Diputados** donde se debían revisar los artículos en detalle. La iniciativa fue aprobada en general el 18 de diciembre de 2002.

## **II) Régimen de Garantías en Salud**

El mensaje número 1-347/ enviado el 22 de mayo de 2002 por el Presidente de la República, Ricardo Lagos, y el ministro de Salud, Osvaldo Artaza, a la Cámara de Diputados inicia un proyecto de Ley que establece el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Más adelante, el 25 de junio el Ejecutivo formuló indicaciones mediante el mensaje número 84-347/, firmadas por Lagos, Artaza y los ministros de Hacienda, Nicolás Eyzaguirre, y del Trabajo y Previsión Social, Ricardo Solari.

Este proyecto intenta responder a los nuevos desafíos epidemiológicos derivados de la tendencia al envejecimiento de la población.

El texto busca establecer un Régimen de Garantías en Salud y para ello dota al Ministerio del ramo de las atribuciones necesarias para definir un conjunto de priorizado de enfermedades y condiciones de salud y las garantías explícitas que tendrán las prestaciones asociadas a ellas, de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo.

### **Garantías exigibles**



Estas garantías, que serán exigibles por Ley, se refieren a acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera. De esta manera cambia el paradigma que existe en nuestro derecho ya que a la defensa de los derechos civiles y políticos se agregan los derechos sociales.

Las prestaciones y garantías iguales para los beneficiarios del sistema público y privado, con lo que se apunta a disminuir las brechas de equidad. Sin embargo el Fonasa y las Isapre podrán beneficios anexos a sus beneficiarios, que proporcionen mayores niveles de calidad, oportunidad y protección financiera que los establecidos por el Régimen.

La Superintendencia de Isapres fiscalizará en el sistema privado mientras que en el Fonasa lo hará una nueva Superintendencia de Garantías en Salud<sup>52</sup> cuya estructura, financiamiento y normas para su funcionar serán materia de un Decreto con Fuerza de Ley, para lo que se contempla en el presente proyecto que el Congreso Nacional faculte al Presidente de la República. El superintendente será un funcionario nombrado por el Presidente de la República y de su exclusiva confianza.

El Régimen tendrá un costo de 50 mil pesos para las personas (Prima Universal) y para que sea aplicado en esas condiciones en las Isapre se deberá modificar la Ley que 18.933 las rige. El Estado realizará un aporte fiscal al Fonasa para cubrir la Prima Universal de las personas adscritas como indigentes o que no poseen recursos y por lo tanto están legalmente eximidos de cotizar en salud.

Una indicación a este proyecto de Ley obliga a los trabajadores independientes a cotizar en salud el 7 por ciento de sus remuneraciones, tal como lo hacen los que poseen un contrato.

---

<sup>52</sup> Las Isapre rechazan la existencia de dos Superintendencias porque según dijo a la edición del 27 junio de 2002 del diario *El Mercurio* Carlos Kubik, gerente general del holding que controla Banmédica y Vida Tres, “al haber supervisión paralela también hay criterios de calidad distintos, por lo que terminará habiendo un plan AUGE para Fonasa y otro distinto para las Isapre”

Además se crea el **Fondo de Compensación Solidario** que recoge los 50 mil pesos que paga casa persona para financiar AUGE y será administrado por el Ministerio de Salud para compensar entre sí a las Isapre y Fonasa. El dinero se distribuye en base a riesgos por edad y sexo y permite terminar con las discriminaciones en Isapre. Es sólo para las prestaciones que están en el AUGE y lo propuso el Partido Por la Democracia. “Los jóvenes subsidiarán a los viejos y los hombres a las mujeres. Un hombre joven hoy sobrecotiza y eso permitiría financiar el plan de un anciano”<sup>53</sup>.

Los gremios no médicos de la salud temen una “isaprización” del Fonasa con la creación de este fondo ya que “es una nueva forma de traspasar dineros desde el Fisco a las Isapre... Fonasa se transformará en otra Isapre”, según Juan Díaz, presidente de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de Servicios de Salud (Fenpruss).

También existirá el **Fondo Maternal Solidario** pagar las licencias de las madres que tengan hijos y estará administrado por la Superintendencia de Seguridad Social. Este fondo se financiará con un 0,6 por ciento de la remuneración de los hombres y mujeres afiliados a alguno de los sistemas de salud. Según el diario *La Tercera* del 2 septiembre de 2002, de los textos legales se infiere que las cotizaciones aumentarán a un 7,6 por ciento, pero el Gobierno piensa cambiar ello cuando inicie la discusión en particular. Las personas cuyas rentas son bajo 200 mil pesos no pagarán ese 0,6 por ciento, mientras que los que tengan remuneraciones de entre 200 y 400 mil pesos harán un aporte progresivo.

### **Elaboración del Régimen de Garantías**

---

53 Guido Girardi, pdte PPD, diario *El Mercurio* de 12 julio de 2002.

Para priorizar enfermedades “lo que hemos medido es la carga de enfermedad, que es el resultado que se obtiene al calcular los años de vida potenciales perdidos por cada causa de muerte”, explica Hernán Sandoval.

Si la esperanza de vida de la población chilena son 75 años y una persona muere a los 60 por un derrame cerebral, los años de vida potenciales perdidos son 15. Si la suma de años de vida potenciales perdidos por derrames cerebrales alcanza una posición alta dentro del escalafón, “decimos que pasa a ser una prioridad sanitaria”.

“No todos mueren, hay algunos que quedan discapacitados Eso es los años de vida saludables perdidos, que se suman también. Los potenciales más los saludables nos da lo que denominados la carga de enfermedad, que nos permite ordenar las prioridades. Hay enfermedades que pueden matar dos personas al año y eso no va a estar nunca en la parte alta.”

La elaboración del Régimen será de acuerdo a los Objetivos, las prioridades nacionales, las necesidades de las personas y los recursos de que disponga el país.

Para la elaboración del Régimen el texto crea un **Consejo Consultivo** del Ministerio de Salud, con carácter asesor y técnico, que trabajará las enfermedades que se van a garantizar. Además debe revisar como mínimo cada tres años el Régimen para incorporar nuevas tecnologías y analizar la evolución epidemiológica de la población.

Este Consejo Consultivo estará formado por nueve profesionales de reconocida trayectoria en el campo de la medicina, la salud pública, la economía y disciplinas relacionadas, que serán nombrados por el Presidente de la República a propuesta del Ministerio. Los expertos designados permanecerán en el órgano por seis años, prorrogables una sola vez y no recibirán remuneración por su desempeño.

El Ministerio de Salud tendrá la palabra final acerca del Régimen de Garantías, ya que elaborará una propuesta al Consejo Consultivo y después revisará ese trabajo antes de aprobarlo mediante un Decreto Supremo. Esa metodología de funcionamiento busca reaccionar rápidamente ante nuevas condiciones de salud o enfermedades que se presenten, según se expresa en el mensaje.

El primer Régimen debe establecerse a más tardar el último día del tercer mes siguiente a la publicación del reglamento del Consejo Consultivo. Una vez publicado el Decreto Supremo, el Régimen rige desde el primer día del cuarto mes siguiente para que las Isapre y el Fonasa adecuen sus procedimientos y puedan garantizarlo. Las modificaciones al Régimen deben entrar en vigencia no antes de sesenta días contados desde la publicación del decreto respectivo.

Para el primer Régimen se contabilizaron 56 enfermedades, que según Alvaro Erazo corresponden a alrededor del 75 por ciento de todas las prestaciones del arancel Fonasa. Estas prioridades incorporan 1.623 de las 2200 prestaciones de Fonasa. “Son 56 problemas de salud que corresponden al 50 por ciento de los egresos hospitalarios del país”, agrega Erazo.

Estas 56 patologías no son sólo prestaciones, es decir, cada una de ellas incluye diagnósticos, consultas, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, fármacos y rehabilitación.

Las enfermedades que no están en el sistema AUGE seguirán siendo otorgado tal como lo establece la ley 18.469, del régimen de prestaciones del Fonasa, aseguran los doctores Hernán Sandoval y Alvaro Erazo.

“Nuestro gran desafío es que en las prestaciones no AUGE tengamos la posibilidad y capacidad de entregarlas de buena manera, particularmente estableciendo resoluciones de problemas de salud y no sólo prestaciones desagregadas. Vale decir, un sistema AUGE con

garantías explícitas y un régimen de prestaciones que sigue siendo obligación de Fonasa entregarlas”, sostiene el presidente del organismo estatal.

Las enfermedades no AUGE “estamos trabajando en poder identificarlas y agruparlas por resoluciones de problemas de salud”, agrega el facultativo al explicar que en general todas las prestaciones transitarán a presupuestos por actividad, pero particularmente por resoluciones de problemas de salud. Las del AUGE van a tener una lógica de asignación orientada a incorporar todas las tecnologías necesarias. A las complementarias (no AUGE) se busca darles la continuidad operacional que tienen actualmente y buscar mecanismos de asignación que también les den sustentabilidad.

La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile elaboró un informe en que se teme que se formen “colas de espera tras las prestaciones que no están incluidas en el AUGE”<sup>54</sup>.

Las enfermedades garantizadas contemplan un copago máximos de 20 por ciento para los beneficiarios. El resto del dinero lo cubren la Isapre o el Fonasa. “Por primera vez en la historia sanitaria del país el sueldo no será un impedimento para acceder a las prestaciones”<sup>55</sup>.

Los indigentes (incluidos en el Fonasa A y B) son financiados por Fisco.

Ese copago en ningún no será mayor a un sueldo mensual. El subsecretario de Salud, Gonzalo Navarrete (Navarrete fue reemplazado a fines de octubre de 2002 por Antonio Infante), explicó dijo que “si hay que hacer un transplante de médula que cuesta 50 millones, se deduce un copago del 20 por ciento que equivale a 1 millón. Pero si el sueldo mensual es de 300 mil, no se pagará más de esa cifra aunque la prestación cueste 50 millones”.

Además se asegura un tiempo máximos de espera para la atención clínica. Si el Fonasa no lo cumple debe llevar a los afiliados al sistema privado. Según el diario *El Siglo* del 13 junio de

---

<sup>54</sup> Diario *El Mercurio*, 26 agosto de 2002.

2002, eso es incentivar al sector privado y al capital extranjero, “la reforma les asegura un mercado cautivo que se inicia con una demanda insatisfecha de miles de personas en lista de espera”.

### **Libertad de elección**

Una de las mayores polémicas que genera este proyecto es que elimina la libertad de elección del establecimiento en que serán atendidos los beneficiarios del sector público. El plan AUGE propone eliminar ese derecho establecido en el inciso cuarto del artículo 11 de la Ley 18.469 y a cambio postula que cada beneficiario de las prioridades de salud ingrese al sistema través de la Atención Primaria para de allí ser derivado a un especialista si es necesario.

El inciso segundo del artículo 13 plantea que para recibir el AUGE los “beneficiarios deberán acceder a redes de atención través del nivel primario, salvo tratándose de casos de urgencia o emergencia debidamente calificada por un médico cirujano, en cuyo caso los beneficiarios podrán ingresar a las redes de atención en cualquier nivel de complejidad”.

Para el presidente de la Sociedad de Pediatría, Fernando Pinto, el fin de la libertad de elección “es triste, pues los vínculos de los pacientes con sus pediatras es tan poderoso como el de las mujeres con sus ginecólogos”<sup>56</sup>.

El Colegio Médico es el más acérrimo opositor ya que según su presidente, Juan Luis Castro, “cambia la naturaleza de la actual red asistencial, pues se produce una apertura a prestadores públicos y privados para competir por los recursos de camas, pabellones o especialistas”<sup>57</sup>.

---

<sup>55</sup> Diario *El Mercurio*, 13 abril de 2002

<sup>56</sup> Diario *El Mercurio*, 3 de octubre 2002.

<sup>57</sup> Diario *El Mercurio*, 18 de octubre de 2002.

Otra de las razones para la negativa del gremio, no esgrimida por ellos pero latente por los intereses que conlleva, es que la derivación desde la Atención Primaria a los médicos generales significa un detrimento económico para los especialistas, cuya formación demanda una alta inversión.

La opinión que tiene al respecto Rafael Caviedes, director Ejecutivo de la Asociación de Isapre, es contraria ya que “cuando se pretende una cobertura alta hay que coartar la libertad de elección. No se puede entregar cobertura en el lugar que la gente elija. Financieramente es imposible dar a todos cobertura catastrófica en la Clínica Las Condes”.

El médico y diputado de la Democracia Cristiana, Patricio Cornejo, presidente de la Comisión de Salud, estima que en la discusión de los textos legales hay consensos, salvo en matices como el de eliminar la libertad de elección de hospitales en el sistema público.

“Hay quienes no creen en la libertad de elección, entre ellos el ministro”, porque “estima que va a encarecer el proceso” y porque “es la imposición de una red que no existe y que mezcla prestadores públicos y privados”, señala Patricio Cornejo. Sin embargo la Comisión de Salud de la Cámara Baja aprobó por siete votos a cinco esa indicación el 15 de octubre de 2002, que para el presidente de la Asociación de Clínicas Privadas, Máximo Silva, “es una barbaridad”.

Para el doctor Hernán Sandoval “la libertad de elección con el Fonasa, es decir la compra de bonos, es la forma más cara y menos eficiente de subsidio, porque es una forma de medicina en la que no se tiene ningún control y además en muchos casos se presta a fraude, doble cobranza de bonos. Si colocamos el AUGE en un ambiente de libre elección, sería imposible de financiar y controlar, por lo tanto proponemos que el AUGE sea entregado a través de la medicina institucionalizada de los servicios públicos y que otras cosas queden en la libre elección”.

Sandoval insiste en que la libre elección no ha demostrado ser mejor que los servicios públicos, “pero sí es mas cara” y “en un país que tiene recursos limitados, hay ciertas restricciones”. Por ello señala que si una persona, aún teniendo el AUGE, prefiere la libre elección, “será su propia decisión comprar los bonos e ir a ver el médico que quiera”.

El proyecto fue **aprobado** por la Cámara de Diputados el 16 de enero de 2003.

### **Plan piloto**

El 1 agosto de 2002 comenzó a funcionar el plan piloto del nuevo sistema a cargo del Fonasa. Las primeras tres patologías incluidas fueron la insuficiencia renal crónica, el cáncer infantil y la cardiopatía congénita en niños. En dos días se inscribieron 69 pacientes.

El programa piloto estima la atención de 2.800 personas al año, de los que 1.700 son recién nacidos con problemas al corazón, 400 niños con cáncer y 700 pacientes para hemodiálisis.

La cuenta del primer mes del plan piloto fue entregada por el ministro de Salud, Osvaldo Artaza, en la inauguración del hospital Luis Tisné realizada el 4 de septiembre de 2002. Según la autoridad de Gobierno hubo 4.600 consultas en el país y se emitieron 250 bonos del Fonasa, de lo que 142 tuvieron como finalidad la confirmación del diagnóstico y 108 fueron para tratamiento. Hubo un reclamo. Ingresaron al sistema 396 pacientes. “La reforma avanza”, dijo Artaza.

**Cáncer infantil:** Atendidos 46 niños por sospecha de cáncer, 33 diagnósticos fueron confirmados e iniciaron tratamiento. Seis menores con tumores cerebrales entraron a pabellón dentro de las 24 horas de confirmado el diagnóstico.

**Cardiopatías congénitas:** Hubo 78 casos en proceso de confirmación diagnóstica y 33 cirugías.



**Insuficiencia renal:** Hubo 59 casos en proceso de confirmación diagnóstica y nueve trasplantes renales.

En el plan piloto está previsto que durante el año 2003 se incorpore el cáncer de Utero, que es la cuarta causa de muerte en mujeres (en 1998 fallecieron 728). Se trata de incrementar de un 62 a un 80 por ciento el examen que determina este cáncer; el Papanicolau, que se realizará cada tres años a mujeres entre 25 y 64 años. Si el diagnóstico es positivo, en 30 días inicia el tratamiento.

### **III) Nueva concepción de autoridad sanitaria y modalidades de gestión**

El mensaje número 81-347/ enviado el 25 de junio de 2002 a la Cámara de Diputados por el Presidente de la República, Ricardo Lagos, y los ministros de Salud, Osvaldo Artaza, y de Hacienda, Nicolás Eyzaguirre, inicia un proyecto que modifica el Decreto Ley número 2.763, de 1979.

Su finalidad es establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. El texto reconoce que los recursos del país para salud son limitados y escasos, por lo que apunta a orientarlos a asegurar que sean bien tratadas las enfermedades que causan mayor sufrimiento, daño y muertes prevenibles en la población.

“La orientación fundamental para estos efectos está dada por los Objetivos Nacionales de Salud” que “deben expresarse mediante un instrumento de gestión sanitaria, de forma que

constituya una efectiva vinculación entre las necesidades de la población y la gestión de los recursos destinados a salud”.

En este proyecto de Ley se propone una nueva estructura sanitaria para el sector público y nuevas capacidades de gestión. La iniciativa tiene tres propósitos fundamentales:

1. Fortalecer la institucionalidad y las potestades de la **Autoridad Sanitaria**, junto con establecer una clara separación de funciones con la gestión de los Servicios de Salud.
2. Establecer normas que permitan mejorar la **gestión** de los Servicios de Salud y adecuarla con los requerimientos del Sistema AUGE.
3. Establecer instancias de **participación ciudadana** en las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremi) y en las Direcciones de los Servicios de Salud.

### **Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria<sup>58</sup>**

Ricardo Lagos, Presidente de la República, expuso que “vamos a romper con la burocracia, terminar con la ineficiencia, queremos descentralizar un sistema que parece muy difícil descentralizar. Queremos ser más rigurosos en el control. Queremos que los funcionarios y usuarios tengan claros sus derechos y deberes y queremos que estas reglas estén claras para el sistema privado de salud”<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> El proyecto entiende por Autoridad Sanitaria la institucionalidad de Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en salud y la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población en el territorio nacional.

<sup>59</sup> Diario *El Mercurio*, 13 de junio de 2002.

Actualmente el Ministerio de Salud está involucrado en la conducción de los prestadores públicos y son los Servicios de Salud los que realizan las funciones de autoridad sanitaria. Esta mezcla de funciones causa burocracia e ineficiencia.

Este proyecto de Ley define las funciones y atribuciones necesarias para regular y fiscalizar la actividad en salud, en beneficio de los usuarios, a través de la Autoridad Sanitaria (que reside en el Ministerio de Salud y en los organismos que de él dependen y tengan atribuciones de rectoría, regulación y fiscalización) para asegurar una conducción integral y ejercer liderazgo.

La Autoridad Sanitaria debe vigilar y controlar los factores que afectan la salud y generar las condiciones para una vida más saludable que contribuyan a prevenir y controlar los riesgos de enfermar. Esta obligación significa desarrollar y promover políticas públicas relacionadas con todo el quehacer del Gobierno y coherentes con las prioridades sanitarias.

Además debe velar el cumplimiento de las normas, promover los derechos exigibles de las personas, resolver conflictos y sancionar cuando corresponda. Es la entidad responsable de garantizar los derechos en salud.

Para cumplir esas exigencias el proyecto plantea fortalecer la Autoridad Sanitaria de la Secretaría Regional Ministerial. Se trata de una institución desconcentrada que posea una visión integral de la política sanitaria de la zona, más cercana a las personas para que canalice reclamos y dudas de las personas respecto de los prestadores (público y privado) y en la que se separen las funciones de gestión y fiscalización que actualmente están en los Servicios de Salud.

Estos últimos se concentrarán sólo en la entrega de atención médica y ya no ejercerán labores de rectoría y regulación.

La reforma realizada durante el régimen militar pretendió concentrar al Ministerio en las tareas normativas, mientras que la gestión se descentralizó en los Servicios de Salud, con lo que se perdió una visión general acerca de la política sanitaria. Pero en los Servicios se concentraron también las facultades fiscalizadoras y esa instancia quedó como juez y parte. Si a ello se suma la municipalización de los consultorios y postas, se obtiene una inexistente fluidez e integración de procesos que deben existir en una red asistencial.

### **Nuevas herramientas para la gestión**

El proyecto contempla Redes Asistenciales<sup>60</sup> con énfasis en la resolutivez de los consultorios porque son más cercanos a la población. En ellos se realizará la promoción (también es responsabilidad de los otros niveles de complejidad) y se les dotará de capacidades de prevención eficaz. La línea de complejidad médica de la red continúa con los Hospitales hasta llegar a los Hospitales Especializados de Alta Complejidad.

La entidad encargada de las prestaciones individuales, como alimentación complementaria, vacunaciones, será la nueva Subsecretaría de Redes Asistenciales que deriva de la división Subsecretaría de Salud. Habrá también una Subsecretaría de Salud Pública que administre, fiscalice, regule.

El mensaje de este proyecto señala que el nuevo perfil epidemiológico “requiere una estrategia de organización de los recursos de salud que fortalezca la Atención Primaria y especialice a los Hospitales en el sentido de lograr una redistribución de los recursos acorde con los

---

<sup>60</sup> Se entiende por Red Asistencial al conjunto de establecimientos de atención de salud que operen dentro del territorio asignado a un Servicio de Salud, actuando en forma coordinada mediante lazos institucionales o contractuales

procesos de enfermedad predominantes y se organice una red para asegurar que las personas reciban el cuidado adecuado a su estado de salud y etapa del proceso de enfermedad”.

Estas redes incluirán los establecimientos que dependen del Servicio de Salud y los de Atención Primaria municipal. Además podrá incorporar mediante convenios a entidades privadas debidamente acreditadas por la Autoridad Sanitaria para responder eficazmente al Régimen de Garantías, que implica copagos y tiempos máximos de espera para las 56 enfermedades prioritarias.

Una Atención Primaria altamente resolutiva será la encargada de resolver gran parte de las emergencias y en ella existirán equipos de salud familiar de cabecera, con una cantidad definida de familias a cargo.

El segundo nivel de atención estará formado por establecimientos y hospitales que resolverán las derivaciones del primer nivel, donde se privilegiarán las atenciones ambulatorias.

El Colegio Médico rechaza que se cree una red mixta de prestadores entre hospitales, clínicas privadas y hospitales experimentales, porque a su juicio se abre la red pública a los privados y los recintos competirán entre sí por los pacientes.

Junto al nuevo modelo se promueven protocolos de atención, medicina basada en pruebas científicas para evitar que las personas sean sometidas a procedimientos innecesarios que sólo signifiquen un incremento del gasto.

El proyecto dota al director de cada Servicio de las atribuciones necesarias para organizar y coordinar los establecimientos, teniendo siempre especial preocupación por mejorar la capacidad resolutiva de los consultorios de Atención Primaria. Con el fin de profesionalizar la gestión de los Servicios, sus directores mantendrán la calidad de funcionarios de confianza del

Presidente de la República, pero los aspirantes deberán participar en un proceso público de selección.

Cada director tendrá la obligación de rendir cuentas semestrales a la ciudadanía de su gestión y serán evaluados por su desempeño.

Además se contempla la existencia de Hospitales Autogestionados en Red, que son aquellos establecimientos que acrediten cumplir condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros y de calidad. Un reglamento regulará el sistema de postulación y clasificación.

Estos hospitales podrán administrar y disponer de ingresos propios obtenidos de las ventas y servicios a privados, de la recuperación de seguros de accidentes y de incapacidad laboral y de donaciones.

Podrán suscribir convenios con el Fonasa para recibir directamente el financiamiento que proviene del Programa de Prestaciones Valoradas, celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas y acceder a beneficios económicos.

Para el médico Julio Montt Vidal, director del hospital Luis Tisné Brousse<sup>61</sup> en todos los hospitales públicos la calidad técnica está asegurada y se busca por tanto entregar un servicio orientado centrado en las personas.

El facultativo estima que hay dos alternativas para llegar a la autogestión hospitalaria, implantar el modelo de hospitales y centros de referencia autónomos experimentales como el caso del Centro de Referencia de Salud (vecino al Tisné) y que los directivos de los hospitales reciban del Servicio de Salud una amplia delegación de facultades y delegaciones.

---

<sup>61</sup> Hospital inaugurado el 4 de septiembre de 2002, pero había abierto sus puertas el 20 de agosto. Tiene maternidad y el segundo trimestre de 2003 iniciará la atención de urgencia y hospitalización. Sus pabellones funcionan 9 horas diarias. El costo del hospital y el equipamiento fue 13.139.058.448 pesos.

Uno de los roces constantes entre el Colegio Médico y el Ministerio de Salud es la **deuda hospitalaria**, que tiene que ver con la subvaloración de las prestaciones que paga el Fonasa a los hospitales con la gestión interna de los establecimientos y también “con el bajo nivel de resolución de la Atención Primaria que hace que todo termine en los hospitales”, según el ministro de Salud Osvaldo Artaza.

La principal crítica de los médicos es que no se puede implementar el sistema AUGE de la reforma de la salud ya que la escasez de recursos impide atender de la mejor manera. Además critican que el ministro Artaza les haga ver como malos gestores para desprestigiarlos.

Para paliar esa deuda que según el subsecretario de Salud, Gonzalo Navarrete es de 52 mil millones de pesos<sup>62</sup>, el Gobierno destinó dinero en diciembre de 2002. Se trata de 8.400 millones para pagar los compromisos del año anterior; además de otros 9 mil millones a repartir entre los cincuenta hospitales que logren reducir la morosidad a través de la autogestión contemplada en este proyecto de la reforma.

La finalidad del ministerio es que no aumente la deuda y comenzar a reducirla mediante la mayor cantidad de recursos que contempla la reforma, la gestión hospitalaria y el reforzamiento de la Atención Primaria para que sea resolutive.

Las críticas del Colegio Médico a la reforma tienen una fuerte expresión en la deuda hospitalaria. Una vez conocida la fórmula de pago, el capítulo capitalino del gremio aseguró que hospitales como el San Juan de Dios, San Borja Arriarán, Barros Luco y Padre Hurtado, están obligados a cerrar camas para frenar la deuda e informan un número mayor de las que están en uso para continuar recibiendo recursos. Las palabras que utilizó Carlos Villarroel,

---

<sup>62</sup> Revista *Siete + 7* del 6 de septiembre de 2002.

presidente del Regional Santiago del Colegio Médico, fueron: “La deuda en el sector público se paga dejando de atender”.

El Ministerio de Salud respondió que los datos entregados por Villarroel son incorrectos ya que considera cerradas las camas que normalmente no se usan porque el nivel de ocupación de ellas es en promedio del 71 por ciento. Según el director de Fonasa, Alvaro Erazo, lo importante es que la deuda del año no supere la del período anterior.

Las nuevas modalidades de autogestión también causan escozor entre los **trabajadores no médicos** del sector público, que rechazan la reforma mediante marchas, tomas de hospitales y paros. La respuesta corriente del ministro Artaza es que las objeciones se deben discutir en el Congreso y no a través de medidas de fuerza “que sólo perjudican a las personas”.

Juan Díaz, presidente del Consejo de Gremios de la Salud (Congres) sostiene que la propuesta de autogestión “atenta contra la estabilidad laboral pues establece contratos por horas semanales para los funcionarios. Además habla de hospitales autogestionados que no son otra cosa que hospitales autónomos en competencia”<sup>63</sup>.

Según Carlos Aranda, director Servicio Salud Metropolitano Norte, la iniciativa introduce elementos de modernización y no elimina la carrera funcionaria. Ofrece incentivos al retiro voluntario, contratos por media jornada para modificar las dotaciones por cargo a dotaciones por hora, capacitación, imposición de las horas extra, asegura la mantención de asignaciones profesionales y ascenso por concurso, contempla una asignación individual al mérito de 4 por ciento asociada al cumplimiento de metas.

Aranda explicó que el fortalecimiento de la atención primaria implica traslados desde los hospitales sólo si un diagnóstico epidemiológico lo justifica o si se requiere personal para

---

<sup>63</sup> Diario *El Mercurio*, 13 de junio de 2002.



otorgar un buen servicio. En ese caso el trabajador mantiene su contrato con el Servicio de Salud.

### **Fortalecimiento de la participación ciudadana**

El mensaje estima que los mecanismos de control social mediante rendición de cuentas contribuirá a que los problemas priorizados por los Servicios de Salud

Un Consejo Regional de Salud de carácter consultivo colaborará con el seremi.

Un Consejo Consultivo del Servicio de Salud representará a los usuarios y a los establecimientos públicos y privados que integran la red. Su función será conocer el Plan Anual de Trabajo del Servicio de Salud, su cuenta semestral y podrá hacer observaciones y reparos.

El proyecto fue **aprobado** por la Cámara de Diputados el 16 de enero de 2003.

### **IV) Modificaciones a la ley de isapre**

El mensaje número 82-347/ fue enviado el 25 de junio de 2002 a la Cámara de Diputados por el Presidente de la República, Ricardo Lagos y los ministros de Salud, Osvaldo Artaza, de Hacienda Nicolás Eyzaguirre, y de Trabajo Ricardo Solari. La iniciativa inicia un proyecto de Ley que modifica la Ley número 18.933 sobre Instituciones de Salud Previsional (Isapre).

Al referirse a las Isapre el doctor Hernán Sandoval advierte que no existe un seguro privado, sino un seguro social obligatorio en que los trabajadores están obligados a cotizar el 7 por ciento de su salario. “Las Isapre no son seguros privados, son administradores de un seguro social obligatorio y como tales deben someterse a las reglas que el Estado, que es quien genera la cotización, impone para su funcionamiento”.

“Su primera obligación es dar la cobertura que el Estado obligue”, agrega tajante.

En su mensaje del 21 de mayo de 2002 el Presidente Ricardo Lagos señaló que el sistema de Instituciones de Salud Previsional (Isapre) debe formar parte de una reforma a la salud.

A diciembre de 2001 existían 22 Isapre, 14 abiertas y 8. Todas ellas otorgaban cobertura a 2 millones 941 mil beneficiarios, de los cuales 1 millón 295 mil son cotizantes y 1 millón 646 mil son cargas. Las Isapre abarcaban un 19,5 por ciento de la población del país y un 58 por ciento de ese total pertenecía a los dos quintiles superiores mientras que un 7,2 por ciento provenía del quintil con menor ingresos. De los cotizantes, 65,4 por ciento eran hombres y 34,6 mujeres, lo que es similar a la distribución por sexo de la fuerza de trabajo nacional. La cotización media era de 44.300 pesos, es decir, 9,2 por ciento de la renta imponible. El promedio de edad de los contribuyentes al sistema era de 40,2 años y sólo un 5,4 por ciento correspondía a adultos mayores.

Las Isapre fueron creadas en 1981 con una serie de facultades que les permitieron crecer, como la revisión de los contratos de sus beneficiarios para adecuarlos e incluso exigir un pago adicional al cliente para que permanezca en el sistema. La reforma de la salud postula que cada Isapre entregue la cobertura de las enfermedades garantizadas (AUGE) al mismo precio que en el sistema público, es decir, 50 mil pesos anuales además del 7 por ciento de cotización mensual obligatoria.

Otros de los principales problemas de funcionamiento de las Isapre detectados por la Secretaría Ejecutiva de la Reforma son la falta de transparencia y confianza generada por el excesivo número de contratos existentes que, según el mensaje que inicia este proyecto de Ley, superaban los 30.000 en diciembre de 2001.

Según René Merino, presidente de la Asociación de Isapre, “la multiplicidad de planes no tiene importancia. Los planes son muchos porque la gente tiene intereses distintos. No hay 40.000 planes en venta, cada Isapre tiene en promedio 10 planes, lo que pasa es que a lo largo de 20 años se han ido acumulando planes que ya no están en funcionamiento y que probablemente sean algunos miles. Los que están en venta son 10 por Isapre y probablemente a quien se quiera afiliarse no le van a acomodar más de uno o dos por Isapre porque los otros están muy bajos o son muy caros. Hasta para comprarse zapatos hay que vitrinear un poco.”

### **Principales objetivos del proyecto**

#### **1. Limitar el alza de precios:**

El proceso anual de adecuación de los planes de salud está contemplado en el artículo 38 de la Ley vigente (número 18.933) y el afiliado puede aceptar o rechazar la propuesta que le realiza su Isapre. Sin embargo existen los cotizantes “cautivos” que por su edad o condiciones de salud se ven obligados a acatar lo que les diga su Isapre, porque de lo contrario se verán obligados a dejarla y por sus antecedentes no tendrán opción de recibir un mejor plan en ninguna de las otras Isapre. De esta manera está obligado a aceptar o deberá recurrir al sistema público, por lo que se habla que el Fonasa es una especie de receptor de los desechos de las Isapre.

“Hay dos posibilidades, creer o no en el rol subsidiario del Estado. Si lo acepta, lo que está pasando está bien”, responde René Merino.

La propuesta es limitar con un índice máximo el alza de precios de los contratos de los cotizantes cautivos según un índice anual que fije la Superintendencia de Isapre.

Ese índice deberá contemplar el cambio en el costo de las prestaciones de salud, la frecuencia de utilización de las mismas, el gasto derivado del uso de subsidios por incapacidad laboral y el ingreso operacional de las Isapre.

Para René Merino, presidente de la Asociación de Isapre, “nuestros afiliados no se han retirado del sistema porque estén disconformes, sino porque no pueden pagar. Las reglas del juego respecto de cómo nos manejamos con nuestros afiliados están muy claras, hay un contrato legalmente establecido y vigilado por la Superintendencia, que nos exige determinadas cláusulas que se respetan, incluyendo enfermedades catastróficas”.

El líder de las instituciones de salud privada asegura que no hablaría de discriminación hacia las mujeres y la tercera edad porque “gastan más y alguien tiene que pagar ese gasto, ellos que es lo lógico o se lo paga alguien”.

## **2. Mantener el contrato de salud para las cargas cuando el cotizante fallece:**

Actualmente la muerte del cotizante significa el término del contrato de salud y su consecuente desamparo previsional para quienes eran sus cargas. El proyecto plantea que se mantengan los beneficios al menos por un año y siempre que el deceso ocurra después de 365 días de vigencia interrumpida del contrato.

Una vez finalizado el plazo la Isapre estará obligada a ofrecer a los beneficiarios la suscripción de un plan de salud.

## **3. Mantener la protección de salud para el beneficiario que pasa a ser cotizante:**

El proyecto busca evitar que las personas que hayan sido beneficiarias legales de una Isapre dejen de ser admitidas como titulares en la misma institución por sus antecedentes de salud. Este caso afecta principalmente a las mujeres que se reintegran a la visa laboral después de un tiempo de cuidar a sus hijos y a los jóvenes que dejan de ser carga de sus padres al obtener un contrato de trabajo.

El plan mínimo que debe ofrecer la Isapre se debe ajustar al monto de la cotización legal que generen esos trabajadores. Además se prohíbe que la institución aplique restricciones o exija una nueva declaración de salud al suscribir el contrato ya que se trata de un beneficiario que continúa en el sistema.

#### **4. Uniformidad de aranceles:**

Hoy en día las instituciones tienen libertad para configurar y valorizar sus aranceles, es decir, los listados de prestaciones que se utilizan para determinar el financiamiento de las atenciones de salud. La única limitación actual es que contengan las mismas prestaciones contempladas en el arancel del Fonasa en su modalidad de libre elección.

“La multiplicidad de aranceles no sólo dificulta considerablemente su conocimiento y comprensión por parte de los usuarios sino, además, el ejercicio de las funciones de supervigilancia y control de la Superintendencia”, explica el mensaje.

El proyecto busca uniformar esos aranceles avanzando hacia uno único para el sistema privado.

#### **5. Entregar herramientas a la Superintendencia para precaver riesgos a los derechos de las personas:**

Los artículos 45 y 46 de la Ley N° 18.933 contemplan amonestaciones, multas y la posibilidad de cancelar el registro de una Isapre. Esas sanciones apuntan a reprimir el incumplimiento de

las obligaciones que tienen esas instituciones. El mensaje del proyecto estima que se trata de un sistema de sanciones que transita drásticamente desde una multa al cierre, “lo que impide abordar en forma adecuada y eficiente toda la gama de situaciones intermedias”.

La iniciativa permite dotar a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional de facultades para que intervenga ante situaciones financieras deficitarias o complejas que aquejen a las Isapre porque pueden “poner en grave riesgo el ejercicio de los derechos de los beneficiarios”.

Además se estipula la necesidad de contar con información financiera confiable de las Isapre para que la Superintendencia adopte en forma rápida y fundada las medidas necesarias frente a situaciones críticas de funcionamiento. Para esto el proyecto diseña una auditoría externa independiente (contratada por la Isapre) y confiere atribuciones a la Superintendencia para requerir información e impartir instrucciones a esos auditores.

Un tercer punto que se plantea en relación a la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional es que intervenga en las ventas, fusiones y/o absorciones entre las Isapre para garantizar que no se perjudicarán los derechos de los afiliados y beneficiarios en el proceso.

Además se la dota de la potestad de conocer los hechos relevantes que afectan o pudieran afectar a las Isapre. De esta manera se cubren las adquisiciones o participaciones en otras instituciones de salud privadas (sin llegar a fusionarse) tendientes a controlar mejor los costos y lograr economías de escala. Actualmente se puede supervigilar y controlar esas operaciones, pero no exigir la toda la información sobre esos negocios.

Asimismo se faculta a la Superintendencia para ampliar las multas desde 500 a 1.000 Unidades de Fomento (UF) en casos de incumplimiento con la finalidad de generar un efecto disuasivo en el sistema. “La experiencia ha demostrado que la aplicación de la sanción de

máxima envergadura (500 UF) no constituye un desincentivo para evitar que las Isapre incurran en conducta infraccionales”, señala el texto.

#### **6. Los cotizantes podrán permanecer en el sistema privado si su Isapre cierra:**

En casos de cancelación del registro de una Isapre el artículo 47 de la Ley número 18.933 señala que sus cotizantes dejarán el sistema a menos que contraten otra institución. Ese traspaso automático al Fonasa hace perder a los cotizantes la antigüedad de sus contratos y causa que los cotizantes cautivos por edad o enfermedad tengan muchas dificultades para reingresar al sistema privado, además de obligar al sistema público a recargarse para subsidiar el colapso de la Isapre que cerró.

En esta materia la reforma apunta a otorgar “el derecho a incorporarse a la institución de salud previsional que elijan” a los cotizantes de la Isapre cuyo registro fue cancelado.

Este requisito “lo consideramos inconstitucional”, según expresó Andrés Tagle, vicepresidente ejecutivo de la Asociación de Isapre<sup>64</sup>.

La respuesta de José Pablo Gómez, superintendente de Isapre, es que “el sentido es simple: las Isapre van a ser parte de un sistema de seguridad social”<sup>65</sup>.

#### **7. Transparentar la actividad de los agentes de venta:**

Los agentes de venta de contratos de salud privada juegan un rol fundamental al ser los orientadores de las decisiones de los potenciales clientes.

Se proponen registros legales para el ejercicio de esa actividad. Uno de ellos deberá estar en poder de la Superintendencia, que podrá sancionar a los agentes en caso de incumplimiento de las obligaciones legales o instrucciones, resoluciones y dictámenes del órgano fiscalizador.

---

<sup>64</sup> Diario La Tercera, 28 de junio de 2002

<sup>65</sup> Diario La Tercera, 14 de julio de 2002.

La opinión de René Merino sobre el sistema AUGE es que no favorece al sistema de salud privado ni tampoco lo perjudica, “es más o menos inocuo. El AUGE tiene su efecto en el sector público y el error es tratar de incorporar el sector privado en este mismo esquema, cuando son dos sistemas que funcionan con distinta lógica...Tenemos garantizada por Ley toda la atención de nuestros pacientes, tienen un contrato y tengo que cumplir o el paciente me puede demandar”.

De las 14 Isapre abiertas que existen, Consalud es la que cuenta con la mayor cantidad de afiliados, con 275.604 personas que representan un 20,1 por ciento de los cotizantes. Le sigue Banmédica con 207.785 (17,3 por ciento), según datos de junio de 2002. Más atrás está Cruz Blanca (hoy ING) con un 16,5 por ciento del mercado, Colmena Golden Cross con un 10,5, Cigna Salud con 6,1, Vida Tres con 6,0, Promepart con 5,6, Más Vida con 4,2 y Vida Tres con 3,6 por ciento.

En 1994 había un total de 36 Isapre, pero ese número se ha ido reduciendo hasta llegar a 22. En la década de los noventa hubo fusiones como fue la absorción por parte de Banmédica de las Isapre Compensación e Ispen (en 1997) y la de Cigna respecto de Unimed (en 1998). Además se agregan las desapariciones de instituciones pequeñas por baja rentabilidad, como Pesquera Coral y Optima Salud (en 1993), Umbral y Galénica (en 1995) Ismed y Naturmed (en 1997) Génesis, Instsalud y Matersalud (en 2000).



“Si a comienzos de los años noventa ocho Isapre entregaban cobertura a más de un 75 por ciento de los beneficiarios, a diciembre de 2001 sólo seis instituciones cumplen con dicho porcentaje: Consalud, Banmédica, Cruz Blanca, Colmena Golden Cross, Cigna Salud y Vida Tres”... “lo anterior refleja una gran concentración”<sup>66</sup>.

El proyecto fue **aprobado** por la Cámara de Diputados el 23 de enero de 2003.

## V) Financiamiento\*

El mensaje número 86-347/ enviado a la Cámara de Diputados el 25 de junio de 2002 inicia un proyecto de Ley que establece el financiamiento del gasto fiscal representado por el plan AUGE y el programa Chile Solidario (que busca erradicar pobreza extrema). La iniciativa lleva la firma del Presidente de la República, Ricardo Lagos, el ministro de Hacienda, Nicolás Eyzaguirre, el ministro de Economía, Jorge Rodríguez, el ministro de Minería, Alfonso Dulanto y el ministro de Transportes, Javier Etcheberry.

Este proyecto tiene por finalidad establecer las fuentes de financiamiento para el mayor gasto fiscal que representará el plan AUGE y el programa Chile Solidario. El costo total de ambas iniciativas es de 225 mil millones de pesos, que en resumen, se obtendrán de un mayor crecimiento económico y mejoras en la eficiencia del gasto y en la recaudación tributaria.

---

<sup>66</sup> Documento del Ministerio de Salud, “Modificación sistema Isapre”, propuesta de trabajo, marzo 2002.

\* En Anexo 3, página 130, se añade la fórmula definitiva del Ejecutivo para financiar el AUGE y el programa Chile Solidario.

## **Detalle de las fuentes de financiamiento**

Comenzar la aplicación del AUGE el año 2004 cuesta 153 mil millones. El doctor Hernán Sandoval explica que hoy día el Estado gasta en atención médica 1 billón 30 mil millones de pesos y hay que llegar a 1 billón 180 mil millones que serán ordenados de manera distinta: 550 mil millones van al AUGE (donde está incluida la Atención Primaria y la urgencia con riesgo vital) y 650 mil millones al resto de las patologías y los subsidios por incapacidad grave laboral.

Según Sandoval en las enfermedades cubiertas por el AUGE se entrega cobertura completa que incluye los medicamentos “que representan el gasto de bolsillo más importante con 600 mil millones. De los 550 mil millones del AUGE, 110 mil millones son para medicamentos”.

El dinero se obtendrá de:

1. La tasa general del Impuesto al Valor Agregado (IVA) aumenta del 18 al 18,25 por ciento (0,25 por ciento), lo que genera 49.337 millones de pesos.
2. Se elevan las tasas de las bebidas alcohólicas para obtener 11.350 millones de pesos. El impuesto al pisco, whisky y licores aumenta de 27 a 28 por ciento, mientras que el de vinos y cervezas lo hace de 15 a 19 por ciento.
3. La tasa del impuesto a los tabacos manufacturados (cigarrillos, cigarros puros y tabaco) se homogeneiza en un 61 por ciento para generar 7.912 millones de pesos. Junto a esto se incluye una mayor fiscalización en aduanas y fronteras para evitar el tráfico ilegal y se propone eliminar la venta de cigarrillos o tabaco en remates y así no arriesgar la reventa a bajo costo.

4. Se aumenta en un 100 por ciento la tasa del impuesto a los juegos de azar, con lo que se suman otros 26.887 millones de pesos. Esto incluye los boletos de Polla Chilena de Beneficencia, de Lotería de Concepción y las tarjetas de apuesta, cuyo impuesto va de 15 a 30 por ciento. Las apuestas en los hipódromos se gravarán con un 6 por ciento (antes era 3 por ciento) y el ingreso a los casinos tendrá un alza de 0,07 Unidades Tributarias Mensuales (UTM) a 0,14 UTM.
5. Se postula establecer un impuesto anual a los vehículos livianos o medianos que utilicen petróleo diesel (excepto escolares y diesel industrial) de 1,5 a 1,7 UTM por metro cúbico. Esto genera 12.000 millones de pesos.
6. El resto del dinero se obtendrá en medidas iguales a través de crecimiento económico y eficiencia en el gasto público.
7. Además se debe constatar la propuesta de cotización obligatoria para los trabajadores independientes, es decir, que todos los asalariados gasten un 7 por ciento de sus remuneraciones en salud; son 110 mil personas las que comenzarían a cotizar y generarían entre 3.000 y 4.000 millones.

Desde el 25 de junio de 2002 el proyecto está en las **comisiones unidas de Hacienda y Salud** de la Cámara de Diputados para su primer informe. Ya fue aprobada la idea de legislar. Es la iniciativa más complicada y retrasada, incluso puede demorarse su discusión durante el año 2003, según estima el presidente de las comisiones unidas, Pablo Lorenzini (DC).

## Conclusión

El estilo de vida actual, donde abundan el sedentarismo, la falta de actividad física y las enfermedades mentales, amenazan los estándares de salud, “que son muy buenos en relación al nivel de desarrollo del país y el gasto que se hace”, según comenta Hernán Sandoval.

Según el secretario ejecutivo de la Comisión de la Reforma hay tres factores primordiales que se deben enfrentar:

1. Los problemas **nutricionales y el sedentarismo**, que nos llevan a tener una población con 40 por ciento de sobrepeso, de los cuales la mitad ya es obeso. Un 92 por ciento de los mayores de 18 años no tiene ninguna actividad física continua y eso lleva un enorme aumento de las enfermedades cardiovasculares, diabetes y sus complicaciones como insuficiencia renal (600 mil personas) y problemas ortomusculares (el sobrepeso tiene impacto sobre las rodillas, la cintura, deformación de la columna).
2. La **salud mental** y la **depresión**. Hay un deterioro que se expresa en consumo de alcohol y drogas. Lo que más daño provoca en la salud de los chilenos es el alcohol, que no se considera una droga.
3. **Accidentes de tránsito, laborales, violencia y deportes peligrosos**. La muerte de una persona por accidente a los 20 años, explica Sandoval, significan 55 años de vida perdidos.

El combate de estos tres factores permitirá mejorar los estándares de vida y actualizar las exigencias en salud que requiere la población del presente.

Pero no sólo se requiere garantizar por Ley la cobertura de las principales enfermedades y patologías, sino que también es primordial considerar la prevención mediante un modelo

educativo que permita hacer comprender a todos los involucrados sus obligaciones, sus derechos y que la salud es una cuestión humanizada.

Hacer comprender a las personas y cambiar la mentalidad del doctor como gran patrón es una tarea que corresponde “desde el ministro al director del consultorio de Tirúa”, puntualiza el senador de la Democracia Cristiana y miembro de la Comisión Salud, Mariano Ruiz-Esquide.

Una reforma requiere también de actores eficientes en el sector, es decir, la participación de los trabajadores de la salud es esencial para el cambio. En este punto, las críticas y oposiciones han sido la tónica, pero en algún momento se debe llegar a un acuerdo que permita materializar la iniciativa.

Otro de los requisitos necesarios es la existencia de médicos generales y no sólo de especialistas en los pelos de las cejas. Esto parte por un desfase entre lo que enseñan las universidades y lo que se necesita realmente.

El proceso de reforma ya está en marcha. La resolución quirúrgica de las cardiopatías congénitas aumentó de 62 por ciento el año 2001 a 100 por ciento en 2002 donde hubo 248 casos. El trasplante de médula ósea en los cánceres infantil subió de 15 en 2001 a 20 en 2002. La hemodiálisis en la insuficiencia renal crónica se elevó de 7744 casos en 2001 a 8478 en 2002, mientras que el trasplante renal lo hizo de 224 a 236 en los mismos años. Sólo entre agosto y diciembre de 2002, fueron atendidos 2052 pacientes en el piloto del AUGE, según la evaluación anual realizada por el Ministerio de Salud.

La discusión parlamentaria de los proyectos continúa y el Gobierno espera que finalice en 2003 para que la reforma opere en forma gradual desde 2004. El punto más complicado de abordar será el financiamiento de los 150 mil millones de pesos extra que se requieren para

enfrentar las enfermedades que provoca el estilo de vida actual. Pero los legisladores coinciden en que Chile necesita actualizar su salud.

“La salud de los chilenos tiene futuro”... esa fue la afirmación general de los entrevistados para este trabajo.

## **Bibliografía**

BARRÍA, Pedro, Isapres Radiografía del sistema y consejos para los usuarios, Editorial Sudamericana, Primera Edición, Santiago, 2001.

CRUZ COKE, Ricardo, Historia de la medicina chilena, Editorial Andrés Bello, Primera Edición, Santiago, 1999.

DE TEZANOS PINTO, Sergio, Breve historia de la medicina en Chile, Editorial Universidad de Valparaíso, Primera edición, Valparaíso, 1995.

FELIÚ CRUZ, Guillermo, Santiago a comienzos del siglo XIX, crónicas de los viajeros, Editorial Andrés Bello, colección Clásicos de la Literatura Chilena, Primera Edición, Santiago 2001.

HIDALGO, Carmen Gloria, CARRASCO Eduardo, Salud familiar: un modelo de Atención Integral en la Atención Primaria, Ediciones Universidad Católica de Chile; serie Textos Universitarios, Primera Edición, Santiago, 1999.

INOSTROZA, Manuel, La política de salud en Chile y sus oportunidades de debate público, análisis histórico político entre 1964 y 1997, Organización Panamericana de la Salud (OPS), serie Informes Técnicos, Santiago, mayo 1997.

JIMÉNEZ DE LA JARA, Jorge, Política y Organizaciones de Salud en Chile: reflexiones históricas. Santiago, 1997.

LEIVA, Francisco, Nociones de Metodología de investigación Científica, editado por Inacap, Tercera Edición, Quito, 1989.

MARTNER, Gonzalo, El Gobierno del Presidente Salvador Allende, 1970-1973, una evaluación, Ediciones Literatura Americana Reunida, Concepción, 1988.

MÖNCKEBERG, María Olivia, El saqueo de los grupos económicos al Estado chileno, Ediciones B, Primera Edición, Santiago, marzo 2001.

PACHECO, Máximo, Teoría del Derecho, Editorial Jurídica de Chile, Cuarta Edición, Santiago, 1990.

PÉREZ ROSALES, Vicente, Recuerdos del pasado 1814-1860, Editora Nacional Gabriela Mistral, Segunda Edición, Santiago, 1975.

“Modificación sistema Isapre”, propuesta de trabajo, Documento del Ministerio de Salud, marzo 2002.

Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Documento Oficial, enero 2002.



Perfil del Sistema de Servicios de Salud, Chile. Organización Panamericana de la Salud, abril 2002.

Proyectos de Ley para reformar la salud enviados por el Ejecutivo al Parlamento.

Carta de Constitución de la Organización Mundial de Salud (1948), tomada del sitio web [www.oms.org](http://www.oms.org).

La reforma de la salud en América Latina: ¿Qué camino seguir? (La experiencia chilena). Conferencia presentada por el doctor Reinaldo Bustos el 3 de noviembre de 1999 en sesión del Colegio Médico de Chile.

Compendio estadístico 2000, Instituto Nacional de estadísticas (INE), Santiago.

Anuario Iberoamericano 2001, agencia EFE

Revisión de medios de prensa durante el período de investigación, junio 2002 febrero 2003.

Sitios Web institucionales: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl), [www.who.int](http://www.who.int), [www.paho.org](http://www.paho.org), [www.isapre.cl](http://www.isapre.cl), [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl), [www.ispch.cl](http://www.ispch.cl), [www.sisp.cl](http://www.sisp.cl), [www.colegiomedico.cl](http://www.colegiomedico.cl), entre otros.

## **Anexo 1:**

### **Tratados internacionales ratificados por Chile que inciden en el derecho a la salud**

#### **DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS**

**Adoptada por Chile en la III Asamblea General de las Naciones Unidas, de 10 de diciembre de 1948. Resolución 217 A.**

Art. 25

- 1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- 2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

#### **PACTO INTERNACIONAL SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

**Decreto 326, Ministerio de Relaciones Exteriores. Diario Oficial, 27.05.89.**

Art. 12

- 1) Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- 2) Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

## **CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO**

**Decreto 830, Ministerio de Relaciones exteriores. Diario Oficial, 27.09.90.**

Art. 24

- 1) Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.
- 2) Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:
  - a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;
  - b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;
  - c) Combatir las enfermedades y la mal nutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

- d) Asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres;
- e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3) Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4) Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Art. 25 Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de la salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

Art. 26

1) Los Estados Partes reconocerán a todos los niños el derecho a beneficiarse de la seguridad social, incluso del seguro social, y adoptarán las medidas necesarias para lograr la plena realización de este derecho de conformidad con su legislación nacional.

2) Las prestaciones deberían concederse, cuando corresponda, teniendo en cuenta los recursos y la situación del niño y de las personas que sean responsables del mantenimiento del niño, así como cualquier otra consideración pertinente a una solicitud de prestaciones hecha por el niño o en su nombre.

## **CONVENCIÓN SOBRE ELIMINACIÓN DE TODA FORMA DE DISCRIMINACIÓN DE LA MUJER.**

**Decreto 789, Ministerio de relaciones Exteriores. Diario Oficial, 09.12.89.**

Art. 12

1) Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2) Sin perjuicio de lo dispuesto en el párr. 1 supra los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

**Anexo 2:**

**Tabla 14: Estructura de Beneficios y Obligaciones. Plan AUGE Año Base**

<b>Componente</b>	<b>Garantías Actuales</b>	<b>Garantías AUGE</b>	<b>Obligaciones y Condiciones</b>
Nivel Primario: Modelo de Atención Integral Familiar	<p>Acceso universal</p> <p>Prestaciones: Acciones preventivas y curativas, que constituye el Plan de Salud Familiar en sólo 16% de los consultorios</p> <p>Los beneficiarios de consultorios de AP tienen tiempos de espera para acceder a especialistas y gratuidad en la red pública (excepto para la atención odontológica). La MLE tiene copagos promedios de 60% y es variable en el sistema Isapre.</p>	<p>Acceso universal con un médico de cabecera y un equipo de salud familiar conocido</p> <p>Prestaciones: Plan de Salud Familiar con programas de salud preventiva, tales como salud cardiovascular, salud oral y en lo curativo, salud mental, urgencias odontológicas, enfermedades respiratorias del adulto y el niño</p> <p>Espera máxima: 24 - 48 horas para consulta morbilidad aguda y 1 mes para consulta con especialista</p> <p>Copago ajustado al ingreso</p>	<p>Adscribirse a un médico de cabecera autorizado por el seguro</p>
Urgencias	<p>Acceso a atención prehospitalaria en casi todo el país</p> <p>Cobertura financiera 80- 100% en MAI Fonasa</p> <p>Cobertura financiera menor para MLE y variable en Isapres</p>	<p>Acceso universal a atención prehospitalaria y tratamiento de urgencias con riesgo vital o secuela funcional (mejoramiento de la red asistencial)</p> <p>Atención inmediata</p> <p>Copago ajustado al ingreso con tope</p>	<p>Calificar como urgencia</p>
Enfermedades y condiciones consideradas prioritarias de acuerdo a criterios sanitarios	<p>Programas especiales y prestaciones de Fonasa, prestaciones contractuales de Isapre</p> <p>Listas de espera y restricciones al acceso en el sector público</p> <p>80-100% cobertura financiera para MAI</p> <p>Para MLE en promedio 10% en atención cerrada. En Isapres, variable según plan</p>	<p>Acceso universal</p> <p>Prestaciones: Las acciones e intervenciones necesarias y efectivas para resolver integralmente la enfermedad, de acuerdo a procedimientos estandarizados mediante protocolos clínicos</p> <p>Tiempo de espera máximo 1 mes para consulta de especialista</p> <p>Copago ajustado al ingreso con tope</p>	<p>Tener la autorización previa del médico de cabecera para acceder al nivel</p>
Otras enfermedades y condiciones de salud	<p>Igual a las prioritarias</p>	<p>Garantías similares a las actuales</p>	<p>Condiciones similares a las actuales</p>

**Tabla 15: Copagos porcentuales individuales por enfermedad**

	Copagos individuales por enfermedad (%)				
	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo D+
Fibrosis Quística	0%	0%	0%	0%	20%
Prematurez	0%	0%	0%	0%	9%
Cáncer infantiles	0%	0%	0%	0%	9%
Insuficiencia renal crónica	0%	0%	0%	0%	9%
Cáncer testículo	0%	0%	8%	11%	11%
Deformaciones columna vertebral (escoliosis)	0%	0%	10%	18%	18%
Cáncer de mama	0%	0%	0%	0%	20%
Gran Quemado	0%	0%	0%	0%	15%
Enfermedad Isquémica (Infarto Agudo del miocardio)	0%	0%	0%	0%	20%
Cardiopatías congénitas operables	0%	0%	0%	0%	17%
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: aneurismas	0%	0%	10%	20%	20%
Politraumatizado con y sin lesión medular	0%	0%	10%	20%	20%
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: Tu y quistes	0%	0%	10%	20%	20%
Labio leporino y fisura palatina operables	0%	0%	0%	0%	20%
Defectos del tubo neural operables	0%	0%	0%	0%	20%
Linfoma	0%	0%	10%	20%	20%
Leucemia	0%	0%	10%	19%	19%
Cáncer gastrico	0%	0%	10%	20%	20%
Trastornos de conducción que requieren marcapaso	0%	0%	0%	0%	20%
Cáncer cervico uterino	0%	0%	10%	20%	20%
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: núcleo pulposos	0%	0%	0%	0%	20%
Cirugía que requiere prótesis en adultos mayores	0%	0%	0%	0%	20%
Accidentes graves que requieren UTI	0%	0%	10%	20%	20%
Catarata	0%	0%	0%	0%	20%
VHS / SIDA	0%	0%	10%	20%	20%
Hiperplasia de próstata	0%	0%	10%	20%	20%
Parto	0%	0%	10%	20%	20%
Sicosis	0%	0%	10%	20%	20%
Cáncer de próstata	0%	0%	10%	20%	20%
Artritis Reumatoidea	0%	0%	10%	20%	20%
Accidente Vascular Encéfalico	0%	0%	10%	20%	20%
Cáncer de vías biliares	0%	0%	10%	20%	20%

	Copagos individuales por enfermedad (%)				
	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo D+
Urgencias con riesgo vital	0%	0%	10%	20%	20%
Enfermedades Respiratorias/Neumonía en A. Mayor	0%	0%	10%	20%	20%
Hipoacusia adultos mayores	0%	0%	0%	0%	20%
Cuidados paliativos	0%	0%	0%	0%	20%
Desprendimiento de retina	0%	0%	10%	20%	20%
S. De dificultad respiratoria del recién nacido	0%	0%	0%	0%	20%
Dependencia a alcohol y drogas	0%	0%	10%	20%	20%
Retinopatía diabética	0%	0%	10%	20%	20%
Pérdida de dientes en Adultos Mayores	0%	0%	0%	0%	20%
Asma Bronquial	0%	0%	10%	20%	20%
Artrosis	0%	0%	10%	20%	20%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Severa	0%	0%	10%	20%	20%
Retinopatía prematuro	0%	0%	0%	0%	20%
Vicios de refracción	0%	0%	10%	20%	20%
Depresión	0%	0%	10%	20%	20%
Diabetes Mellitus	0%	0%	10%	20%	20%
Epilepsia Severa	0%	0%	10%	20%	20%
Trauma ocular	0%	0%	10%	20%	20%
Ortesis en adulto mayor(*)	0%	0%	0%	0%	20%
Hipertensión Arterial	0%	0%	10%	20%	20%
Hemofilia	0%	0%	0%	0%	20%
Rescate	0%	0%	0%	0%	0%
Acciones de atención primaria	0%	0%	12%	25%	25%
Infecciones respiratorias agudas en niños	0%	0%	0%	0%	0%
Salud oral integral en menores de 15 y embarazadas	0%	30%	50%	80%	80%
Urgencia odontológica	0%	10%	30%	50%	50%
Estrabismo en menor de 9 años	0%	0%	10%	20%	20%



**Tabla 16: Copagos Totales Estimados**

	Recaudación de copagos (miles de pesos de 2002)					
	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo D+	Total
Fibrosis Quística	-	-	-	-	4.867	4.867
Prematurez	-	-	-	-	50.954	50.954
Cáncer infantiles	-	-	-	-	14.216	14.216
Insuficiencia renal crónica	-	-	-	-	173.010	173.010
Cáncer testículo	-	-	10.723	8.200	4.224	23.148
Deformaciones columna vertebral (escoliosis)	-	-	14.192	13.821	7.120	35.132
Cáncer de mama	-	-	-	-	60.188	60.188
Gran Quemado	-	-	-	-	7.832	7.832
Enfermedad Isquémica (Infarto Agudo del miocardio)	-	-	-	-	70.540	70.540
Cardiopatías congénitas operables	-	-	-	-	27.909	27.909
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: aneurismas	-	-	14.544	16.169	8.330	39.043
Politraumatizado con y sin lesión medular	-	-	9.119	10.139	5.223	24.481
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: Tu y quistes	-	-	19.118	21.255	10.950	51.323
Labio leporino y fisura palatina operables	-	-	-	-	16.220	16.220
Defectos del tubo neural operables	-	-	-	-	2.436	2.436
Linfoma	-	-	46.234	51.402	26.480	124.115
Leucemia	-	-	46.235	49.064	25.275	120.574
Cáncer gastrico	-	-	54.797	60.922	31.384	147.104
Trastornos de conducción que requieren marcapaso	-	-	-	-	12.635	12.635
Cáncer cervico uterino	-	-	45.972	51.111	26.330	123.413
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: núcleo pulposo	-	-	-	-	11.087	11.087
Cirugía que requiere prótesis en adultos mayores	-	-	-	-	20.105	20.105
Accidentes graves que requieren UTI	-	-	53.779	59.790	30.801	144.369
Catarata	-	-	-	-	30.204	30.204
VHS / SIDA	-	-	153.903	171.106	88.145	413.154
Hiperplasia de próstata	-	-	44.268	49.216	25.354	118.839
Parto	-	-	640.555	712.153	366.867	1.719.576
Sicosis	-	-	32.704	36.359	18.730	87.793
Cáncer de próstata	-	-	13.543	15.057	7.757	36.357
Artritis Reumatoidea	-	-	172.432	191.705	98.757	462.895
Accidente Vascular Encéfalico	-	-	91.381	101.595	52.337	245.312
Cáncer de vías biliares	-	-	165.152	183.612	94.588	443.352

	Recaudación de copagos (miles de pesos de 2002)					Total
	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo D+	
Urgencias con riesgo vital	-	-	485.921	540.235	278.303	1.304.459
Enfermedades Respiratorias/Neumonía en A. Mayor	-	-	283.776	315.495	162.528	761.799
Hipoacusia adultos mayores	-	-	-	-	8.836	8.836
Cuidados paliativos	-	-	-	-	54.965	54.965
Desprendimiento de retina	-	-	5.437	6.044	3.114	14.595
S. De dificultad respiratoria del recién nacido	-	-	-	-	1.980	1.980
Dependencia a alcohol y drogas	-	-	19.817	22.031	11.350	53.198
Retinopatía diabética	-	-	20.048	22.289	11.482	53.820
Pérdida de dientes en Adultos Mayores	-	-	-	-	10.450	10.450
Asma Bronquial	-	-	183.791	204.334	105.263	493.388
Artrosis	-	-	35.363	39.316	20.254	94.933
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Severa	-	-	85.502	95.059	48.970	229.531
Retinopatía prematuro	-	-	-	-	53	53
Vicios de refracción	-	-	14.172	15.756	8.117	38.045
Depresión	-	-	14.020	15.588	8.030	37.638
Diabetes Mellitus	-	-	88.423	98.306	50.643	237.371
Epilepsia Severa	-	-	61.947	68.871	35.479	166.296
Trauma ocular	-	-	8.354	9.287	4.784	22.425
Ortesis en adulto mayor(*)	-	-	-	-	6.962	6.962
Hipertensión Arterial	-	-	35.695	39.685	20.444	95.823
Hemofilia	-	-	-	-	21.632	21.632
Rescate	-	-	-	-	-	-
Acciones de atención primaria	-	-	4.520.669	5.025.966	2.589.134	12.135.768
Infecciones respiratorias agudas en niños	-	-	-	-	-	-
Salud oral integral en menores de 15 y embarazadas	-	2.042.039	1.537.588	1.367.561	704.501	5.651.688
Urgencia odontológica	-	412.365	558.895	517.804	266.748	1.755.812
Estrabismo en menor de 9 años	-	-	41.122	45.719	23.552	110.393
<b>TOTAL RECAUDACIÓN</b>	-	2.454.404	9.629.190	10.252.021	5.888.425	28.224.040
<b>TOTAL INCLUYENDO ODONTOLÓGICO</b>						35.631.540
<b>COPAGO POR GRUPO RESPECTO DEL GASTO</b>		0%	2%	2%	1%	5%
<b>COPAGO POR GRUPO DENTRO DEL TOTAL</b>		9%	34%	36%	21%	100%
<b>COPAGO RESPECTO DEL GASTO POR GRUPO</b>		1%	12%	22%	25%	5%

**Tabla 17: Resumen de Costos y Casos AUGÉ Año Base en el Sector Público**

Prioritarias de alta complejidad y eficacia	Casos País Base	Seguro Público			
		Participación Grupo Objetivo	Total Casos	Costo Total (MS2002)	Costo por Caso (MS2002)
Fibrosis Quística	251	100%	251	521.940	2.079,4
Prematurez	2.933	73%	2.147	12.122.189	5.646,1
Cáncer infantil	821	73%	599	3.301.008	5.510,9
Insuficiencia renal crónica	8.100	90%	7.290	41.292.713	5.664,3
Cáncer testículo	282	63%	178	860.380	4.833,6
Deformaciones columna vertebral (escoliosis)	448	67%	300	871.617	2.905,4
Cáncer de mama	5.575	80%	4.460	6.454.390	1.447,2
Gran Quemado	493	67%	330	1.138.053	3.448,6
Enfermedad Isquémica (Infarto Agudo del miocardio)	18.000	67%	12.060	7.564.454	627,2
Cardiopatías congénitas operables	1.755	67%	1.176	3.508.837	2.983,7
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: aneurismas	650	67%	436	893.250	2.048,7
Politraumatizado con y sin lesión medular	330	67%	221	560.093	2.533,2
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: Tu y quistes	1.200	67%	804	1.174.194	1.460,4
Labio leporino y fisura palatina operables	1.219	94%	1.146	1.739.347	1.517,8
Defectos del tubo neural operables	268	73%	196	261.198	1.332,6
Linfoma	1.880	95%	1.786	2.839.584	1.589,9
Leucemia	1.332	80%	1.065	2.839.672	2.666,4
Cáncer gástrico	3.803	67%	2.548	3.365.541	1.320,9
Trastornos de conducción que requieren marcapaso	1.500	67%	1.005	1.354.901	1.348,2
Cáncer cérvico uterino	7.542	80%	6.034	2.823.513	467,9
Neuroquirúrgicas de alta complejidad: núcleo pulposos	2.627	67%	1.760	1.188.969	675,6
Cirugía que requiere prótesis en adultos mayores	3.249	77%	2.503	2.155.997	861,4
Accidentes graves que requieren UTI	2.386	67%	1.599	3.302.974	2.065,7
Catarata	11.080	71%	7.823	3.238.957	414,0
VHS / SIDA	5.030	100%	5.030	9.452.401	1.879,2
Hiperplasia de próstata	8.577	67%	5.747	2.718.872	473,1
Parto	250.654	73%	183.479	39.341.567	214,4
Sicosis	5.612	64%	3.591	2.008.585	559,3
Cáncer de próstata	1.822	62%	1.130	831.804	736,1
Artritis Reumatoidea	65.698	65%	42.704	10.590.404	248,0
Accidente Vascular Encefálico	11.336	67%	7.595	5.612.401	739,0
Cáncer de vías biliares	33.249	80%	26.599	10.143.289	381,3
Urgencias con riesgo vital	54.250	67%	36.312	29.844.264	821,9
Enfermedades Respiratorias/Neumonía en A. Mayor	178.868	77%	136.189	17.428.938	128,0
Hipoacusia adultos mayores	7.218	77%	5.558	947.583	170,5
Cuidados paliativos	19.052	67%	12.765	5.894.259	461,8
Desprendimiento de retina	3.100	67%	2.077	333.914	160,8
Dificultad respiratoria del recién nacido	2.507	77%	1.930	212.300	110,0
Dependencia alcohol y drogas	2.147	67%	1.438	1.217.088	846,4

Prioritarias de alta complejidad y eficacia	Casos País Base	Seguro Público			
		Participación Grupo Objetivo	Total Casos	Costo Total (MS2002)	Costo por Caso (MS2002)
Retinopatía diabética	12.230	64%	7.827	1.231.321	157,3
Pérdida de dientes en Adultos Mayores	18.207	77%	14.020	1.120.620	79,9
Asma Bronquial	266.345	65%	173.124	11.288.043	65,2
Artrosis	95.748	74%	70.854	2.171.936	30,7
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Severa	89.542	65%	58.202	5.251.350	90,2
Retinopatía prematuro	164	67%	110	5.688	51,8
Vicios de refracción	84.422	77%	65.005	870.418	13,4
Depresión	11.761	67%	7.880	861.108	109,3
Diabetes Mellitus	244.606	67%	140.436	5.430.732	38,7
Epilepsia Severa	24.077	70%	16.854	3.804.629	225,7
Trauma ocular	46.206	67%	30.958	513.063	16,6
Ortesis en adulto mayor(*)	14.222	77%	10.952	746.530	68,2
Hipertensión Arterial	733.818	67%	491.658	2.192.303	4,5
Hemofilia	1.027	100%	1.027	2.319.750	2.258,8
Rescate	s/i	100%	s/i	5.876.715	s/i
Acciones de atención primaria	15.401.952	67%	9.255.000	225.451.800	24,4
Infecciones respiratorias agudas en niños	428.385	67%	287.018	4.029.631	14,0
Salud oral integral en menores de 15 y embarazadas	978.106	67%	655.331	18.887.081	28,8
Urgencia odontológica	2.772.351	67%	1.857.475	11.442.049	6,2
Estrabismo en menor de 9 años	14.330	70%	10.031	2.525.634	251,8
<b>Total Plan de Salud de las Personas con mayores garantías</b>				<b>513.613.084</b>	
<b>Gasto per cápita</b>				<b>50,084</b>	

---

i Tomado del documento Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas, Construcción de la Propuesta Técnica del Plan de Salud de las Personas Año Base. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Secretaría Ejecutiva de la Reforma. El texto fue facilitado para este trabajo por el médico Hernán Sandoval.

TABLA 18: Beneficios Garantizados del Plan AUGE Año de Inicio: Plan de Salud de las Personas

ACCIONES Y CONDICIONES DE SALUD	COPAGO	TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA	CONDICIONES PARA GARANTÍAS
<b>A. Nivel Primario: Plan de Salud Familiar</b>			
<b>Promoción y prevención:</b>	Sin Copagos	Demás programas: 7 días	Inscribirse con un médico de cabecera y/o un equipo de salud familiar
Desarrollo Integral del Niño			
Programa del Adolescente			
Programa de la Mujer (Regulación fecundidad, Control de embarazo, climaterio)			
Programa del Adulto Mayor			
Programa del Adulto (Control de crónicos)			
Examen de Salud Preventiva del Adulto			
Screening preventiva cáncer: PAP, mamografía, ecografía			
<b>Medicina Curativa:</b>	Copago ajustado al ingreso.		
Infecciones Respiratorias Agudas en niños	Consultas general: Grupos A y B 0\$, C \$500, D\$1000	Consulta por enfermedad aguda: 24 - 48 horas	
Consulta de morbilidad aguda			
Otra consulta de morbilidad			
Consulta especialista	Consulta especialidad A y B 100%, C:\$1000, D: \$2000,	Consulta especialista: 1 mes	
Exámenes de laboratorio	Ay B: 0; C: 10%; D: 20% con tope 10% ingreso familiar	Exámenes: 1 - 30 días según indicación clínica	
Imagenología			
Procedimientos diagnósticos			
Salud oral integral para grupos prioritarios	0%-30%-50%-80%	7 a 30 días	
Urgencias odontológicas	0%-10%-30%-50%	Urgencia odontológica: inmediata	
<b>B. Urgencias</b>			
Atención Prehospitalaria	Ay B: 0; C: 10%; D: 20% con tope 10% ingreso familiar (Los mecanismos de cobro rigen después de la estabilización del paciente.	Inmediata	Calificar de urgencia con riesgo vital y/o secuela funcional
Urgencias con riesgo vital y/o secuela funcional	Baja complejidad: Ay B: \$0; C: \$2500; D:\$5000; Mediana y alta complejidad: 0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual		

ACCIONES Y CONDICIONES DE SALUD	COPAGO	TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA	CONDICIONES PARA GARANTÍAS
<b>C. Tratamiento Completo de Enfermedades Prioritarias (1)</b>			
Atención del parto con analgesia	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Inmediata	
Prematurez	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual.	Inmediata	
Retinopatía del prematuro		Evaluación inmediata, cirugía según gravedad	
Dificultad respiratoria del recién nacido		Inmediata	
Cardiopatía congénita operable		Cirugía según gravedad	
Defectos del tubo neural		Inmediata	
Labio leporino y fisura palatina		Inmediata	Niños nacidos después de 1/1/98
Todos los cánceres infantiles		Confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento: 1 mes	
Cáncer cervicouterino	0% screening y tratamiento cáncer preinvasor para todos los grupos. Para Cirugía, Radioterapia y Quimioterapia 0% Grupos A y B, 10% Grupo C y 20% Grupo D, con tope 10% del ingreso familiar anual.	Screening 1 mes, confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento: 1 mes	PAP cada 3 años
Cáncer de mama	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual.	Screening 1 mes, confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento: 1 mes	
Leucemia (adultos)	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento: 1 mes	
Linfoma (adultos)			
Cáncer Testículo			
Cáncer de Próstata			
Cáncer gástrico			
Cáncer de vesícula y vías biliares	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Prevención 3 meses; Tratamiento de Cáncer 1 mes	
Cánceres terminales (Cuidados paliativos)	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual.	15 días	
Enfermedad Isquémica (Infarto miocardio)		Infarto: Inmediata Angina: Según gravedad	
Trastornos de conducción		Según gravedad	
Gran Quemado		Inmediata	
Politraumatizado con y sin lesión medular		Inmediata	
Accidentes que requieren UTI	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Inmediata	

<b>ACCIONES Y CONDICIONES DE SALUD</b>	<b>COPAGO</b>	<b>TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA</b>	<b>CONDICIONES PARA GARANTÍAS</b>
Tumores y quistes SNC	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Según gravedad	
Aneurismas	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Inmediata	
Hernia núcleo pulposo	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual.	Según gravedad	Casos con sintomatología persistente
Depresión	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Especialista 1 mes	Mujeres entre 20 - 44 años
Psicosis (Trastornos psiquiátricos severos)	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Especialista 1 mes	Jóvenes entre 15 - 29 años
Dependencia Alcohol y Drogas	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Especialista 1 mes	Jóvenes entre 15 - 24 años
Insuficiencia renal crónica	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual.	Diálisis con acceso vascular: 1 mes, Transplante: disponibilidad	
Hipertensión Arterial	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Nivel primario: arriba, Especialista 1 mes	
Diabetes Mellitus, Tipo I y II	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Nivel primario: arriba, Especialista 1 mes	
Artritis Reumatoidea	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Nivel primario: arriba, Especialista: 1 mes	
Artrosis	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Nivel primario: arriba, Especialista 1 mes	Mayores de 60 años
Asma bronquial	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Nivel primario: arriba, Especialista: 15 días	
EPOC	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Nivel primario: arriba, Especialista 15 días	Adulto Mayor
Epilepsia (Mejoramiento del Programa de Manejo Infantil)	0%-0%-10%-20%, cirugía en niños 0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Nivel primario: arriba, Especialista: 1 mes	< 15 años
Cataratas	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual.	Congénitas: 1 semana Adultos: 3 meses	Recién nacidos y mayores de 60 años
Retinopatía diabética	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Tratamiento: 3 meses	
Trauma ocular		Inmediata	
Desprendimiento de retina		Inmediata	
Estrabismo < 9 años		Especialista: 1 mes	



<b>ACCIONES Y CONDICIONES DE SALUD</b>	<b>COPAGO</b>	<b>TIEMPO MÁXIMO DE ESPERA</b>	<b>CONDICIONES PARA GARANTÍAS</b>
Vicios de refracción	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Lentes: 3 meses	Adulto Mayor
Pérdida de dientes en el adulto mayor	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual.	3 meses	Adulto Mayor
Cirugía que requiere prótesis		Según gravedad	
Hipoacusia		Prematuros: Inmediata Adulto Mayor: 6 meses	
Hiperplasia Benigna Próstata	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	3 meses	Casos con obstrucción severa
Neumonías en el adulto mayor	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Inmediata	
Ortesis del Adulto Mayor (bastones, sillas de ruedas, y otras)	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual.	1 mes	Programa del Adulto Mayor
VIH/SIDA	0%-0%-10%-20% con tope 10% del ingreso familiar anual	Niños y embarazadas: 7 días Adultos: 1 mes	Adultos según criterios clínicos
Hemofilia	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual.	Inmediata	
Fibrosis quística		Inmediata	
Escoliosis	0% para grupos A, B, C y D con ingreso familiar per capita menor a \$100.000. Resto grupo D 20% con tope de 10% del ingreso familiar anual	Según gravedad	< 18 años
<b>COSTO TOTAL ESTIMADO PRIORIDADES DEL PLAN AUQE CON MAYORES GARANTÍAS EN EL SECTOR PÚBLICO</b>			Aproximadamente \$ 500 MM
<b>II. TODAS LAS OTRAS ENFERMEDADES</b>			
<b>Todas las otras enfermedades</b>	Condiciones actuales: 1. Sector público: 0 - 10% -20% y más, sin tope. 2. Isapres: según contrato	Atención sujeta a listas de espera y disponibilidad de equipamiento y horas especialista	
<b>COSTO TOTAL ESTIMADO OTRAS ENFERMEDADES EN EL SECTOR PÚBLICO</b>			Aproximadamente \$ 650 MM
<b>COSTO TOTAL ESTIMADO PRIORIDADES DEL PLAN AUQE SALUD DE LAS PERSONAS</b>			Aproximadamente \$ 1150 MM

TABLA 19: Criterios de Priorización Enfermedades y Condiciones de la Propuesta Inicial de Plan Universal

Problema de Salud	% Años Vida Saludable (AVISA) perdidos y (ranking)	Mortalidad en base a tasas ajustadas 1995		Cambio neto %	Prioridad Usuarios (focus)	RR muerte grupos SE extremos	Complejas de alto costo	Complejas de alto costo, requieren inversión alta y volumen mínimo	Costo-eficaz	Alto impacto Politico
		Ranking 93	Ranking 98							
INFECCIOSAS Y PARASITARIAS						8				
Tuberculosis	0,48 (41)	22	27	-31,75					X	
VIH – SIDA	0	45	33	51,17			X			X
<b>CÁNCER</b>					X	3,6				
Todos los cánceres infantiles (incluye TM)							X	X	X	X
Cáncer cervicouterino	0,88					4,4			X	X
Cáncer de mama	0,69 (38)	19	17	9,28		0,6			X	
Cáncer de vías biliares y vesícula y colelitiasis	0,7 (36)	11	11	5,64		3,5	X		X	X
Cáncer de estomago	1,47 (20)	4	5	-1,1		4,1	X			
Leucemia	0,53 (42)	27	29	-2,79			X		X	
Linfoma	0,36	31	30	10,48			X			
Cáncer testículo	0,43	51	51	-44,07			X		X	
Cuidados paliativos para Ca terminal							X			X
<b>ENDOCRINAS, NUTRICIONALES, METABOLICAS</b>										
Diabetes	0,76 (32)	10	7	18,54					X	X
Desnutrición en adulto mayor	0,07 total (39)	26	28	8,63						X
Screening Fenilcetonuria									X	X
Screening Hipotiroidismo congénito	0,05								X	X

Problema de Salud	% Años Vida Saludable (AVISA) perdidos y (ranking)	Mortalidad en base a tasas ajustadas 1995		Cambio neto %	Prioridad Usuarios (focus)	RR muerte grupos SE extremos	Complejas de alto costo	Complejas de alto costo, requieren inversión alta y volumen mínimo	Costo-eficaz	Alto impacto Politico
		Ranking 93	Ranking 98							
SALUD MENTAL					X					
Depresión y trastornos afectivos	3,01 (10) 0,69 bipolar (37)				X				X	X
Psicosis (Esquizofrenia y otras)	1,82 (14)						X	X	X	X
Dependencia a alcohol y drogas	2,99 total (8) alcohol 0,78 total (30) drogas	41	42	-13,28				X	X	X
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO</b>										
Epilepsia	1,42 total (21)	44	46	-10,07						X
Tto. Quirúrgico aneurismas							X	X		
Tto. Quirúrgico Tu y/o quistes intracraneanos							X	X		
Tto quirúrgico hernia núcleo pulposo							X	X		
<b>ENFERMEDADES OJO Y ANEXOS</b>					X					
Tratamiento Glaucoma	1,42 (23)									X
Tto Catarata	0,73 (34)								X	X
Vicios de refracción										X
Retinopatía diabética									X	X
Desprendimiento de retina									X	X

Problema de Salud	% Años Vida Saludable (AVISA) perdidos y (ranking)	Mortalidad en base a tasas ajustadas 1995		Cambio neto %	Prioridad Usuarios (focus)	RR muerte grupos SE extremos	Complejas de alto costo	Complejas de alto costo, requieren inversión alta y volumen mínimo	Costo-eficaz	Alto impacto Politico
		Ranking 93	Ranking 98							
Trauma ocular										X
Estrabismo en menores de 9 años									X	X
Retinopatía prematuro									X	X
<b>ENFERMEDADES OIDO Y MASTOIDES</b>										
Hipoacusia en niños y adultos mayores									X	X
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO</b>					X	4,67				
Hipertensión Arterial	3,36 – 4	6	6	13,55					X	X
Infarto agudo del miocardio	3,76 total - 3 (Isquémica)	1	1	-13,55	X	1,8	X	X	X	X
AVE	3,23 ECV - 5	2	2	-4,36		3,0	X	X	X	X
Trasplante cardíaco							X	X		X
Tratamiento quirúrgico trastornos conducción							X	X	X	X
Implantación de marcapasos							X			X
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO</b>						8,76				
Infecciones respiratorias agudas en niños	4,11 bajas (2) 0,41 total altas	3 IRA baja	3 IRA baja	-9,24					X	X
Neumonía en el adulto mayor (87,66% en >60)									X	X
Neumonía en el adulto mayor (87,66% en >60)									X	X
Asma bronquial severo (definir criterio severo)	3,17 total (6)	39	37	-4,02						X
EBOC severo (definir severo)	0,78 total (31)	7	8	-1,32						X

Problema de Salud	% Años Vida Saludable (AVISA) perdidos y (ranking)	Mortalidad en base a tasas ajustadas 1995		Cambio neto %	Prioridad Usuarios (focus)	RR muerte grupos SE extremos	Complejas de alto costo	Complejas de alto costo, requieren inversión alta y volumen mínimo	Costo-eficaz	Alto impacto Politico
		Ranking 93	Ranking 98							
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO</b>						8,99				
Colelitiasis	3,28 (9)	29	43	-30,46					X	X
Trasplante hepático							X	X		X
<b>ENFERMEDADES OSTEO MUSCULARES</b>										
Artrosis	2,7 total									X
Artritis Reumatoidea	1,21 (24)	58	53	26,92						X
Tratamiento quirúrgico deformaciones columna							X	X		
Cirugía que requiere prótesis en adulto mayor							X			X
Ortesis en adulto mayor										X
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO</b>						-				
Insuficiencia renal:Trasplante y Diálisis	1,09 (27) nefritis-nefrosis	14	12	9,42			X	X	X	X
Hiperplasia prostática	0,5 (43)	56	57	63,8					X	X
<b>AFECCIONES PERINATALES</b>	2,33 (13)	12	18	-35,98		17,5				
Prematurez							X		X	X
S. de dificultad respiratoria del RN									X	X
<b>ANOMALIAS CONGENITAS</b>	5,79 (1)	13	14	-9,51		2,01				
Cardiopatías congénitas operables							X	X	X	X
Defectos del tubo neural operables							X	X	X	X
Labio leporino y fisura palatina							X	X	X	X

Problema de Salud	% Años Vida Saludable (AVISA) perdidos y (ranking)	Mortalidad en base a tasas ajustadas 1995		Cambio neto %	Prioridad Usuarios (focus)	RR muerte grupos SE extremos	Complejas de alto costo	Complejas de alto costo, requieren inversión alta y volumen mínimo	Costo-eficaz	Alto impacto Politico
		Ranking 93	Ranking 98							
ACCIDENTES	3,01 trafico (7) 1,77 atricción 1,16 inmersión 1,08 caídas 0,59 envenen. 0,34 sofocac.	8	9	8,92		4,9 total 3,6 tráfico				
Politraumatizado				X	X			X	X	X
Gran quemado	0,7				X		X		X	X
Accidentes grave que requiere UTI					X		X		X	X
Atención urgencia con riesgo vital					X		X		X	X
Rescate y atención prehospitalaria					X		X		X	X
<b>DENTALES</b>				X	X					
Salud oral integral en < 15 y embarazadas primigestas	0,6 caries (40)			X	X				X	X
Pérdida dientes en mayores 65	0,46 enf. periodontal									X
Episodios dentales agudos										X

TABLA 20: Frecuencia de diagnósticos AUGE en los Egresos Hospitalarios

<b>Frecuencia de Egresos Hospitalarios en 1996</b>								
<b>Enfermedad o Condición AUGE</b>	Fonasa		Isapre		Particular		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cánceres Infantiles (más leucemias <15 y linformas <15)	1.485	68,2	470	21,6	223	10,2	2.178	100
Cáncer gástrico	1.872	51,5	1.216	33,5	545	15,0	3.633	100
Cáncer de mama	4.054	61,8	1.522	23,2	979	14,9	6.555	100
Cáncer de vesícula y vías biliares	953	53,8	592	33,4	225	12,7	1.770	100
Colecistectomía (Colelitiasis con cirugía)	25.103	62,8	8.685	21,7	6.164	15,4	39.952	100
Cáncer de Próstata	1.386	50,5	856	31,2	503	18,3	2.745	100
Hiperplasia prostática benigna con cirugía	4.287	50,6	2.313	27,3	1.873	22,1	8.473	100
Cáncer cervicouterino	3.913	64,0	1.549	25,3	656	10,7	6.118	100
Leucemias >15	806	60,6	327	24,6	198	14,9	1.331	100
Linfomas >15	1.005	55,1	475	26,0	344	18,9	1.824	100
Cáncer testículo	643	66,7	167	17,3	154	16,0	964	100
Politraumatizados con y sin lesión medular	1.620	83,5	187	9,6	134	6,9	1.941	100
Accidentes que requieren UTI	958	77,8	172	14,0	102	8,3	1.232	100
Gran Quemado	320	78,8	54	13,3	32	7,9	406	100
IAM (infarto agudo del miocardio)	5.948	54,7	3.024	27,8	1.898	17,5	10.870	100
Trastornos de la conducción	714	50,2	471	33,1	238	16,7	1.423	100
Accidente Vascular Encefálico (Enfermedad Cerebrovascular)	7.596	52,1	5.062	34,7	1.923	13,2	14.581	100

### Frecuencia de Egresos Hospitalarios en 1996

Enfermedad o Condición AUGE	Fonasa		Isapre		Particular		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Cardiopatías congénitas con cirugía	52.301	77,2	8.082	11,9	7.387	10,9	67.770	100
Tumores y quistes del SNC con neurocirugía	481	66,0	114	15,6	134	18,4	729	100
Aneurismas cerebrales con neurocirugía	158	65,6	45	18,7	38	15,8	241	100
Nucleo pulposo con cirugía	3.467	78,2	396	8,9	570	12,9	4.433	100
Cirugía que requiere prótesis (Fractura de femur)	2.784	61,6	1.176	26,0	560	12,4	4.520	100
Defectos del tubo neural operables (con cirugía)	152	78,8	14	7,3	27	14,0	193	100
Labio leporino y fisura del paladar (con cirugía)	1.201	79,4	167	11,0	144	9,5	1.512	100
Prematurez	3.427	77,4	513	11,6	485	11,0	4.425	100
Síndrome de dificultad respiratoria (RN)	1.899	76,7	307	12,4	270	10,9	2.476	100
Retinopatía del prematuro	40	75,5	10	18,9	3	5,7	53	100
Retinopatía diabética	28	42,4	34	51,5	4	6,1	66	100
Catarata con cirugía	3.239	49,4	2.499	38,1	820	12,5	6.558	100
Trauma ocular con cirugía	526	77,8	91	13,5	59	8,7	676	100
Trauma ocular sin cirugía	939	78,5	149	12,5	108	9,0	1.196	100
Desprendimiento de retina	838	63,1	287	21,6	202	15,2	1.327	100
Urgencias con riesgo vital	46.267	70,0	12.827	19,4	7.028	10,6	66.122	100
Insuficiencia renal crónica	2.965	51,8	2.014	35,2	746	13,0	5.725	100
Estrabismo con cirugía en menores de 9 años	469	74,0	61	9,6	104	16,4	634	100



### Frecuencia de Egresos Hospitalarios en 1996

Enfermedad o Condición AUGE	Fonasa		Isapre		Particular		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
IRA en mayores de 65 años	10.713	47,9	9.810	43,9	1.843	8,2	22.366	100
Atención embarazo y parto	242.902	74,5	40.420	12,4	42.736	13,1	326.058	100
Escoliosis con cirugía	159	67,9	35	15,0	40	17,1	234	100
Fibrosis quística	332	74,8	71	16,0	41	9,2	444	100
Apendicitis	21.906	69,8	4.492	14,3	4.979	15,9	31.377	100
Otra Embarazo y Parto	25.779	72,3	4.688	13,1	5.186	14,5	35.653	100
Psicosis	4.782	81,9	712	12,2	346	5,9	5.840	100
TBC	2.562	71,3	817	22,7	214	6,0	3.593	100
NO PLAN	475.114	70,0	125.025	18,4	78.298	11,5	678.437	100

TABLA 21: Prioridad Sanitaria, Financiera, Capacidad de Oferta y Ajustes

<b>Priorización de las Enfermedades y Condiciones del Plan AUGE para la Propuesta del Año Base</b>			
<b>Ordenamiento de las Enfermedades y Condiciones de Salud AUGE</b>			
<b>PRIORIDAD SANITARIA 1:</b>	<b>Carga Financiera (Costo caso/año)</b>	<b>Capacidad de Oferta (Estimación Fonasa)</b>	<b>Ajustes del Plan por Oferta</b>
Asma bronquial	Baja	SUFICIENTE	
IRA en < 15 años	Baja	SUFICIENTE	
Atención del embarazo y parto	Intermedia	SUFICIENTE	
Cardiopatía congénita operable	Alta	SUFICIENTE	
Salud oral integral	Baja	SUFICIENTE	
Todos los cánceres infantiles	Alta	SUFICIENTE	
Cáncer cervicouterino	Alta	SUFICIENTE	
Enfermedad Isquémica (Infarto miocardio)	Alta	SUFICIENTE	
Depresión	Baja	INSUFICIENTE	Población Objetivo Mujeres 20 – 44
Hipertensión Arterial	Baja	SUFICIENTE	
Insuficiencia renal crónica	Alta	SUFICIENTE	
Cáncer de mama	Alta	SUFICIENTE	
Defectos del tubo neural	Alta	SUFICIENTE	
Cataratas	Intermedia	SUFICIENTE	
Trastornos Psiquiátricos Severos (Psicosis)	Intermedia	INSUFICIENTE	Población Objetivo Jóvenes 15 – 29
Urgencias con riesgo vital y atención prehospitalaria	Intermedia	SUFICIENTE	
Leucemia	Alta	SUFICIENTE	
Linfoma	Alta	SUFICIENTE	
Tumores y quistes SNC	Alta	SUFICIENTE	
Cánceres terminales (cuidados paliativos)	Intermedia	SUFICIENTE	
Accidente vascular encefálico	Intermedia	SUFICIENTE	
Gran Quemado	Alta	INSUFICIENTE	(Requiere red de derivación)
Prematurez	Alta	SUFICIENTE	(Derivación a centros especializados desde lugares apartados)
Labio leporino y fisura palatina	Intermedia	SUFICIENTE	
Neumonías en el adulto mayor	Intermedia	SUFICIENTE	
Diabetes Mellitus, Tipo I y II	Baja	SUFICIENTE	
Plan de Salud Familiar (APS)	Baja	SUFICIENTE	

**Priorización de las Enfermedades y Condiciones del Plan AUGE para la Propuesta del Año Base**

PRIORIDAD SANITARIA 2:	Carga Financiera	Capacidad de Oferta	Ajustes del Plan por Oferta
	(Costo caso/año)	(Estimación Fonasa)	
Cáncer Testículo	Alta	SUFICIENTE	
Cáncer de Próstata	Intermedia	SUFICIENTE	
EPOC	Baja	SUFICIENTE	
Vicios de refracción	Baja	INSUFICIENTE	Población objetivo: Adulto Mayor, Niños tienen cobertura por Junaeb
S. Dificultad respiratoria del recién nacido	Intermedia	SUFICIENTE	
Artrosis	Baja	INSUFICIENTE	Se ajusta cobertura a 70% prevalencia, focalizado en casos más severos
Cáncer gástrico	Alta	SUFICIENTE	
Cáncer de vesícula y vías biliares	Intermedia	SUFICIENTE	
Aneurismas	Alta	SUFICIENTE	
Retinopatía diabética	Baja	INSUFICIENTE	Cobertura ajustada a diabéticos en tratamiento
Epilepsia	Baja	SUFICIENTE	
VIH/SIDA	Alta	SUFICIENTE	
Politraumatizado con y sin lesión medular	Alta	INSUFICIENTE	(Requiere red de derivación)
Pérdida de dientes en el adulto mayor	Baja	SUFICIENTE	
Urgencias odontológicas	Baja	SUFICIENTE	
Estrabismo	Intermedia	INSUFICIENTE	Pesquisa precoz (antes 4 años), consulta especialista inicial y manejo tratamiento nivel primario, cirugía cuando corresponde
Artritis Reumatoidea	Intermedia	INSUFICIENTE	Se ajusta cobertura a 70% prevalencia, focalizado en casos más severos

<b>Priorización de las Enfermedades y Condiciones del Plan AUGE para la Propuesta del Año Base</b>			
<b>PRIORIDAD SANITARIA 3:</b>	<b>Carga Financiera</b>	<b>Capacidad de Oferta</b>	<b>Ajustes del Plan por Oferta</b>
	<b>(Costo caso/año)</b>	<b>(Estimación Fonasa)</b>	
Hiperplasia Benigna Próstata	Intermedia	INSUFICIENTE	Se focaliza en casos con obstrucción severa del flujo urinario
Trauma ocular	Baja	INSUFICIENTE	(Requiere derivación para cirugía)
Retinopatía del prematuro	Baja	SUFICIENTE	(Derivación a centros especializados desde lugares apartados)
Cirugía que requiere prótesis	Intermedia	SUFICIENTE	
Trastornos de conducción	Alta	SUFICIENTE	
Dependencia Alcohol y Drogas	Intermedia	INSUFICIENTE	Población Objetivo: Jóvenes 15 – 24
Desprendimiento de retina	Intermedia	INSUFICIENTE	(Requiere red de derivación)
Hemofilia	Alta	SUFICIENTE	
Hipoacusia	Intermedia	SUFICIENTE	
Hernia núcleo pulposo	Alta	INSUFICIENTE	Focalizar en casos con síntomas severos
Fibrosis quística	Alta	SUFICIENTE	
Accidentes que requieren UTI	Intermedia	INSUFICIENTE	(Requiere red de derivación)
Ortesis del Adulto Mayor	Baja	SUFICIENTE	
Escoliosis	Alta	SUFICIENTE	
<b>FALTA INFORMACIÓN QUE FUNDAMENTE PRIORIDAD SANITARIA:</b>			
Insuficiencia hepática crónica (trasplante)	Alta		Sin definición población objetivo y así efectividad
Glaucoma	Intermedia		Efectividad en cuestión, pendiente revisión NIH de EEUU
Insuficiencia cardíaca crónica (trasplante)	Alta		Sin definición población objetivo así efectividad
<b>Prioridad Sanitaria = Ordenamiento en tres grupos por criterios técnicos de priorización por impacto en la salud y efectividad de intervención</b>			
<b>Carga Financiera = Ordenamiento en tres grupos de acuerdo al costo por año de un caso</b>			
<b>Capacidad de Oferta = Estimación de la suficiencia de la oferta de especialistas y necesidad de ajuste</b>			

## **ANEXO 3**

### **Nueva fórmula de financiamiento**

El mensaje número 45-349/ enviado a la Cámara de Diputados el 9 de junio de 2003 inicia un proyecto de Ley que asegura el financiamiento de los objetivos sociales prioritarios del Gobierno, entre ellos el plan AUGE y el programa Chile Solidario. La iniciativa lleva la firma del Presidente de la República, Ricardo Lagos, y el ministro de Hacienda, Nicolás Eyzaguirre. El mensaje de esta iniciativa se refiere al crecimiento económico que ha tenido el país y señala que todo ello fue coronado con la firmas de los Tratados de Libre Comercio con la Unión Europea, Corea del Sur y Estados Unidos, lo que implicará al Fisco dejar de percibir 430 millones de dólares en concepto de impuestos al comercio exterior. Se añade que con la recolección de dinero por aranceles se financian hoy en día el 70 por ciento del gasto social, por lo que hay una evidente necesidad de cubrir ese déficit.

En La Moneda se optó por mantener unido el financiamiento de los programas sociales en un mismo proyecto de ley que pasamos a detallar después de aclarar que según el médico Hernán Sandoval nunca ha habido cambios en el costo del AUGE, es decir, se necesitan 153 mil millones de pesos y no más, como se ha sostenido insistentemente en la oposición desde los primeros días de junio de 2003.

### **Fuentes de financiamiento**

1. La tasa general del Impuesto al Valor Agregado (IVA) aumenta transitoriamente del 18 al 19 por ciento en dos tramos de medio punto cada uno, el primero a partir de la aprobación de esta medida y el segundo desde abril de 2004. El IVA retornará a su

nivel actual el primer día del año 2007. La Cámara de Diputados aprobó alzar este impuesto de una sola vez en un punto a contar del 1 de octubre de 2003.

2. Se elevan las tasas de las bebidas. El impuesto al pisco, whisky y licores aumenta de 27 a 28 por ciento, mientras que el de vinos y cervezas lo hace de 15 a 19 por ciento. Esta medida fue rechazada por los parlamentarios de oposición y de la Democracia Cristiana, lo que generó una fuerte polémica ya que el Gobierno aseguró que la repondría en el Senado, lo que finalmente no ocurrió.
3. Se eleva en 0,2 Unidades Tributarias Mensuales (UTM) el impuesto a la importación o venta de cada metro cúbico de petróleo diesel. La Cámara Baja decidió que esta alza fuera en tramos de 0,1 UTM cada uno, la primera desde el 1 de enero de 2004 y la segunda a partir del 1 de enero de 2005.
4. Al igual que en el proyecto anterior, la tasa del impuesto a los tabacos manufacturados (cigarrillos, cigarros puros y tabaco) se homogeneiza en un 61 por ciento, lo que fue aprobado por los Diputados.
5. Se propone fijar una doble patente a los vehículos menores que utilicen petróleo diesel como combustible. Esta iniciativa fue rechazada.
6. La Cámara de Diputados aceptó vender la participación estatal minoritaria en las empresas sanitarias previamente privatizadas, propuesta por el Ejecutivo al considerar que las medidas de compensación antes descritas son sólo parciales para financiar la eliminación de los aranceles por los Tratados de Libre Comercio.

En la siguiente tabla, se expresan las distintas alternativas que se han barajado en proyectos de ley para financiar el Plan AUGE y el programa Chile Solidario. La primera columna abarca la

iniciativa original, presentada en la Cámara de Diputados el día 25 de junio del año 2002. La segunda contempla el proyecto ingresado en el Parlamento el 9 de junio pasado y la tercera columna explica las medidas aprobadas o rechazadas por la Cámara Baja y que pasaron al Senado.

TABLA 22: Proyectos de ley para financiar los planes sociales del Gobierno

Concepto	1	2	3
IVA	0,25 puntos	1 punto en dos fases	1 punto una sola vez
Alcohol	- Pisco, whisky y licores: 27 a 28 %. - Vinos y cervezas: 15 a 19 %.	- Pisco, whisky y licores: 27 a 28 %. - Vinos y cervezas: 15 a 19 %.	Rechazado
Tabaco	Homogeneiza en 61%	Homogeneiza en 61%	Homogeneiza en 61%
Juegos de azar	Eleva en 100 %	No se contempla	No se contempla
Diesel para Vehículos	Alza de 1,5 a 1,7 UTM el metro cúbico	Doble patente	Rechazado
Petróleo Diesel	No se contempla	0,2 UTM por metro cúbico	0,2 UTM en dos fases
Sanitarias	No se contempla	Venta	Venta

NOTA: La reforma de la salud contempla un prima universal de 50 mil pesos para obtener la cobertura del AUGE. Además la cotización de 7 por ciento en salud pasa a ser obligatoria para los trabajadores independientes. Junto con ello se aspira a una eficiencia en el gasto público.