

EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

CONTEXTO HISTORICO Y NORMATIVO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Desarrollo histórico del sistema.

El sistema de salud - en su aspecto formal - comenzó su desarrollo a mediados de siglo XVI, como parte de las medidas de salubridad e iniciativas de atención caritativa-hospitalaria de enfermos y menesterosos.

En complemento, la dimensión informal o comunitaria del sistema de salud es la medicina o atención de salud tradicional. Está estrechamente ligada a la historia y cultura de los pueblos, y su existencia no sólo es previa al desarrollo formal del sistema de salud, sino que mantiene una vigencia actual complementaria.

El desarrollo del sistema de salud ha sido paulatino, cotidiano y multidimensional. Sin embargo, para efectos de una descripción sintética, es posible identificar cinco períodos históricos en el desarrollo del sistema (formal) de salud, aunque hay sobreposición de elementos entre ellos:

a).- Período de servicios locales de salud, 1552 - 1917

Entre 1552 y 1886 se desarrollaron hospitales y servicios sanitarios de responsabilidad de autoridades locales. Desde el siglo XVI y hasta el siglo pasado, la atención y organización formal de salud se fue estructurando en forma paulatina, a través de varias instituciones públicas y privadas, en general de carácter filantrópico o de beneficencia.

En 1886 se promulgó el Reglamento Orgánico de la Junta de Beneficencia, que permite ordenar las organizaciones locales y los hospitales generales existentes. El 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.

b).- Período de maduración del desarrollo social y del sistema de salud, 1917 - 1952

Chile cuenta con una reconocida larga historia de seguridad social con subsidios focalizados en los pobres y deprivados de empleo y condiciones sociales. En el transcurso del siglo XX emergieron importantes y pioneras medidas tendientes al desarrollo y seguridad social, incluyendo aspectos de salud.

En 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud.

En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte.

Posteriormente surgieron varias leyes sobre el trabajo. En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género a nivel internacional.

En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares.

El Colegio Médico de Chile se constituyó por Ley en el año 1948, destacando por su gravitación histórica en la formulación de las políticas de salud.

c).- Período del Servicio Nacional de Salud y predominio de planificación central 1952 - 1973.

El Servicio Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1952, unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzado una importante cobertura del sector

asistencial del país. Sus prestaciones cubrían principalmente al sector obrero e indigentes.

Con menor cobertura se encontraban entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. El sector asistencial privado tenía una heterogénea y diseminada situación de desarrollo.

Desde 1964 se iniciaron reformas sociales que en salud destacaron por inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personal y extensión de cobertura geográfica. El SNS se transformó en una empresa con 120.000 funcionarios, cuya red asistencial alcanzó una importante cobertura geográfica y poblacional.

En este período, la gestión política, económica y organizacional aplicada al sector salud tuvo una orientación predominante de planificación central.

Durante este período, la medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político. Al final del período, se encontraban médicos en la Presidencia de la República, el parlamento, municipalidades y otras relevantes entidades públicas.

d).- Período del Gobierno Militar y reformas neoliberales, 1973 - 1990

Las reformas del sistema global de salud, ocurridas en este lapso, reflejaron las políticas generales económicas y sociales del gobierno militar, destacando las reformas neoliberales que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron al sector privado.

Entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario.

A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y

se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979)

La creación del régimen de prestaciones de salud mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades.

e).- Período de gobiernos de la Concertación, 1990 en adelante.

Desde 1990, los gobiernos de la Concertación han asumido una responsabilidad gubernamental que en los primeros seis años ha consistido principalmente en la administración del sistema de salud heredado, se ha realizado un notorio incremento de inversiones apoyadas en préstamos internacionales y se han estudiado las propuestas de adecuación y reforma del sector.

Las orientaciones de las reformas propuestas se basan en aspectos relevantes como:

- las políticas y planes nacionales, tanto económicas como sociales,
- la búsqueda de mejorar la gestión del sector público e incrementar el proceso de descentralización.
- la búsqueda de resolver la crisis del sector público de salud, y buscar un balance público privado en este sector mixto.
- la adaptación del sistema a las necesidades de salud de la población, y al resguardo de sus intereses de los diferentes grupos de la población al acceso al sistema.

El actual gobierno de la Concertación, sintetiza sus prioridades de acción en los criterios de equidad, participación y solidaridad.

En general, el sistema global de salud vigente mantiene básicamente las mismas características del modelo, financiamiento, organización y funcionamiento del modo en que fueron estructurados en el período militar precedente, especialmente en lo que se refiere a:

- lo estipulado al régimen de prestaciones (ley de salud),
- la configuración legal-normativa del SNSS,
- el financiamiento fiscal al sistema público
- el modo de administración municipal,
- la legislación de ISAPRE.
- la aplicación del seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales

Algunos cambios parciales se han procurado con modificaciones a la Ley ISAPRE (1990) y el Estatuto de la Atención Primaria (1995).

En 1993, el Colegio Médico convocó a la comunidad nacional y sus principales actores, a un debate nacional en torno a un Proyecto de Salud para Chile. Distintas comisiones analizaron once propuestas principales. En esa etapa se consideró que el debate recién comenzaba, pero su consecución aún no se ha concretado suficientemente y el desafío aún está pendiente.

ORGANIZACION DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud - sector del quehacer nacional - está compuesto por todas las personas naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma.

En sus aspectos generales, los componentes o subsistemas del sistema global de salud pueden ser identificados en base a cuatro tipos de criterios:

- grado de formalidad de la organización: formal e informal o tradicional.
- rol institucional en el sistema: previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales o mixto.
- rol institucional en el sistema: previsional-financiero, proveedor de servicios asistenciales.
- fines de lucro: con y sin fines de lucro.

Por lo tanto, el sector está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y el sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto. El subsector público representado principalmente por FONASA en su aspecto financiero y por SNSS en su componente de prestación de servicios. Por otra parte, el subsector privado principalmente representado por las ISAPRE y mutuales en su aspecto financiero previsional y los profesionales y centros asistenciales privados en su componente de prestación de servicios.

Subsector público

A.- Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS)

Organización institucional

La organización del SNSS se basa en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (DS de 1980). Está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública y la Central de Abastecimiento. Además, participan del Sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

Al Ministerio de Salud le corresponde ejercer la función que le compete al Estado de velar por el desarrollo de la salud nacional y de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de fomento, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de los enfermos.

Fundamentalmente, están a su cargo el dictado de normas, la formulación de planes y programas, la supervisión, evaluación y control del cumplimiento de las políticas y planes de salud, y de la coordinación de las actividades que tienen incidencia sobre el estado de salud, tanto de los organismos de su propio sistema, como con otras instituciones del sector y con otros sectores.

A nivel de cada Región el Ministerio está representado por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, responsables de ejercer las mismas funciones que el Ministerio en el ámbito de la Región.

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Son 26 Servicios con asignación geográfica definida más el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente.

Están estructurados internamente en una Dirección de Servicio a la que le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias.

La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

B.- Fondo Nacional de Salud (FONASA)

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que para esos efectos determina el Ministerio.

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

Para cumplir con tales funciones FONASA cuenta con una estructura a Nivel Central y está desconcentrado territorialmente para la administración de la modalidad de Libre Elección, en 13 Agencias Regionales.

C.- Organización asistencial del SNSS

Para llevar a cabo sus funciones, el SNSS se ha estructurado en una red asistencial de establecimientos y niveles de atención; éstos últimos organizados de acuerdo a su cobertura y complejidad asistencial.

Nivel Primario tiene mínima complejidad y amplia cobertura realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. Allí se ejecutan principalmente los Programas Básicos de Salud de las Personas.

Para su realización se cuenta con medios simples de apoyo diagnóstico y un arsenal terapéutico determinado y de acuerdo a las prestaciones que se brindan.

El tipo de personal que realiza las acciones de salud varía según la magnitud de la población a atender y la naturaleza de las actividades a cumplir, abarcando desde el auxiliar rural hasta un equipo que incluye médicos generales y otro personal de colaboración.

Las actividades que se efectúan en este nivel son fundamentalmente: Controles, Consultas, Visitas Domiciliarias, Educación de Grupos, Vacunaciones y Alimentación Complementaria.

Nivel Secundario corresponde a una complejidad intermedia y de cobertura media. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios, en los cuales la atención ambulatoria se presta en una unidad de apoyo (consultorio adosado) de dicho establecimiento.

Los recursos involucrados para satisfacer las demandas de este nivel son más complejos, es decir, existe mayor participación profesional con cierto grado de diferenciación y mayor proporción de elementos de apoyo diagnóstico y terapéutico que en el nivel primario.

Nivel Terciario se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida. Está destinado a resolver aquellos problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles precedentes, debiendo actuar como centro de referencia no sólo para la derivación de pacientes desde de su propia área de influencia, sino que con frecuencia tal derivación tiene carácter regional, supraregional y en oportunidades nacional.

Al igual que el nivel intermedio, a este nivel le corresponde realizar tanto acciones de tipo ambulatorio, efectuadas en los consultorios adosados de especialidades de estos hospitales, como de atención cerrada en sus diversos servicios de hospitalización. Sus recursos humanos son los de la más alta especialización y los elementos de apoyo clínico diagnóstico y terapéutico, los de mayor complejidad técnica.

El hecho de que estos establecimientos hospitalarios realicen actividades de alta complejidad, no los exime de desarrollar las funciones correspondientes al nivel secundario, ya que tienen también la responsabilidad de solucionar los problemas de frecuencia intermedia en la población a su cargo.

Además del SNSS, existen otras instituciones del subsector público que cuentan con sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada; destacar los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaría, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras.

Recurso asistencial del SNSS

El SNSS cuenta en todo el país con 197 establecimientos hospitalarios, incluye nueve hospitales delegados. Tiene además un total de 376 consultorios de los cuales 230 son generales urbanos (15 de ellos pertenecen aún al SNSS), 146 son consultorios generales rurales y tiene además 1.102 postas rurales.

Sistemas previsionales de salud

Los sistemas previsionales de salud se apoyan en el Régimen de Seguro de Salud, y en el Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (Ley 16.744).

El seguro de salud es financiado por el trabajador con el aporte de un 7 por ciento de sus remuneraciones, y opcionalmente por el empleador con un

aporte adicional del 2 por ciento para sus trabajadores afiliados a las ISAPRE. Estos aportes del trabajador son ingresados en su mayor parte al Fondo Nacional de Salud o a las Instituciones de Salud Previsional.

Fondo Nacional de Salud (FONASA)

El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es un Servicio Público funcionalmente descentralizado, dependiente del Ministerio de Salud, creado en 1979 (DL. 2763) junto al SNSS y determinación de nuevas funciones normativas. Sus funciones fueron reglamentadas por el D.S. 300/1986 del Ministerio de Salud.

Esta Institución depende del Ministerio de Salud para los efectos de supervigilancia en su funcionamiento, debiendo ajustarse a sus políticas, normas y planes generales.

Le compete la función financiera del sistema, siendo la entidad encargada de recaudar, administrar y distribuir los recursos destinados a salud, tanto para la atención de los beneficiarios del sistema estatal en la modalidad institucional - prestada en los centros asistenciales del SNSS - como en la modalidad de libre elección, en la que los beneficiarios tienen la opción de atenderse con proveedores públicos y privados que se han inscrito en FONASA y han convenido aranceles de distinto nivel.

La cantidad de médicos y centros inscritos en los distintos niveles de FONASA, así como las prestaciones que financia se exponen en el capítulo 13 en lo referido a los prestadores asistenciales privados.

Sistemas previsionales privados

El subsector privado, de acuerdo a sus fines, se agrupa en la forma que a continuación se señala:

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), creadas en el año 1981 (DFL N° 3) tienen por objetivo el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud a sus afiliados, ya sea mediante la entrega de ellas en sus propias unidades de atención, o a través del financiamiento de las mismas por pago a personas, clínicas, hospitales u otras instituciones pertenecientes a terceros. La afiliación es voluntaria, mediante cuotas que son pactadas

teniendo en vista diferentes planes y coberturas que ofrecen las diversas instituciones.

La creación de las ISAPRE se funda en la dictación del DFL 3/1981, en la cual se establecieron las normas para su funcionamiento. Estas instituciones parecieron como alternativa privada en el otorgamiento de prestaciones y beneficios de salud, a FONASA.

La promulgación de la ley de salud (18.469/1986) que reestructuró las bases del sistema de salud, estableció un sistema único de cotización obligatoria, que podía efectuarse en forma excluyente al sistema previsional público o privado.

En 1990 se promulgó la ley 18.933 en que se estableció nuevas normas para el otorgamiento de prestaciones de salud y se creó la Superintendencia de ISAPRE, organismo autónomo dependiente del Ministerio de salud cuya función es fiscalizar a las ISAPRE y supervigilar el cumplimiento de los contratos de salud.

En 1995 se introdujo modificaciones a la ley 8933, a través de la ley 19.831, destacando materias relativas al uso del excedente de cotización y readecuación de los contratos.

El crecimiento de las ISAPRE, a contar de 1981, ha sido de un crecimiento sostenido. Mientras en dicho año se registro seis ISAPRE, con 26.415 cotizantes y un total de 61.659 beneficiarios, en septiembre de 1995 esta cantidad llegaba a 1.605.216 cotizantes y un total de 3.749.864 beneficiarios, cubiertos por un total de 34 ISAPRE, de las cuales 21 eran de tipo abierto (a todo tipo de público) y 13 de tipo cerrado (con cobertura específica de determinados cotizantes).

LA ADMINISTRACION MUNICIPAL DE SALUD

En 1980 se dictó el DFL. N° 1/3063, que permitió el traspaso de los establecimientos asistenciales de nivel primario a la administración municipal. El proceso se realizó entre 1981 y 1988, quedando en manos de la administración municipal la mayoría de los Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales.

El proceso de administración municipal se enmarca en la concepción de la descentralización como una de las estrategias para la reforma del sistema público de salud.

En los establecimientos bajo administración municipal se realizan actividades de nivel de primario de atención, de complejidad asistencial más simple que en los otros niveles que cuentan con especialidades médicas y el nivel de tecnología correspondiente a dichas especialidades.

Sin embargo, el nivel primario de atención también es provisto en el sector ambulatorio de hospitales del SNSS, en los consultorios adosados a hospitales generales de tipo 3 y 4 y algunos hospitales de tipo 2.

Objetivos de la administración municipal de salud:

- Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud; llevándolas al nivel comunal;
- Mejorar el control y fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los servicios del SNSS;
- Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población;
- Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura;
- Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social; y

- Permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental.

La gestión de administración municipal de salud.

Los establecimientos son administrados en base a convenios entre Servicios de Salud y Municipalidades (Alcaldes) y deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud. La gestión municipal y la supervisión por parte del Servicio de Salud se orienta por un manual de procedimientos técnico-administrativos, que incluyen las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, programas de salud en vigencia, definición de actividades asistenciales de apoyo diagnóstico y aspectos administrativos del funcionamiento.

La Municipalidad se compromete a cumplir la normativa técnica y ministerial, con autonomía para la gestión del recurso que administra, y someterse a la supervisión técnica de la autoridad de salud. Cada Municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el ambiente cuando corresponda. Igualmente se define las responsabilidades de los Servicios de Salud

Se otorgan las prestaciones de los programas de salud con la participación de profesionales y personal auxiliar de acuerdo a criterio técnico y normas vigentes al respecto.

Es obligación de cada Municipalidad la contratación del personal adecuado y necesario para dar cumplimiento a las obligaciones asistenciales que contrae en virtud de los convenios.

Estos centros deben atender "integralmente" la patología simple y derivar a los establecimientos de mayor complejidad del Servicio de Salud aquellos problemas médicos que excedan su nivel de resolución. Asimismo, las partes se obligan a desarrollar y mantener un sistema de coordinación expedito para la referencia, derivación y contrareferencia de los beneficiarios enviados por los establecimientos municipales.

Financiamiento de la administración municipal

El financiamiento es uno de los aspectos más relevantes en la administración municipal. Necesariamente implica la entrega de aportes financieros suficientes que permitan llevar a cabo las tareas encomendadas. Sin embargo, el proceso involucra además la movilización de recursos financieros desde las propias Municipalidades.

Inicialmente, la transferencia de aportes desde el Fondo Nacional de Salud (FONASA) a los Municipios, se efectuó fundamentalmente a través de un sistema de facturación por atenciones prestadas (FAPEM): cada acción, comprendida en un listado establecido entregada por el Municipio a algún beneficiario, significaba un monto predefinido en un arancel. Luego - dado el fuerte crecimiento de la oferta en salud que generó esta modalidad - los aportes ministeriales según prestaciones efectuadas debieron ser limitadas en un techo FAPEM de contención de costos.

Existen limitaciones en el financiamiento a la administración municipal, con diversas explicaciones y orígenes, destacando la contención de costos, déficit operacionales absorbidos por las propias municipalidades (con cargo a sus fondos generales, de ingresos propios o de las transferencias del fondo común municipal) y dificultades para suplementar los déficit producidos. Ello redundo además en una contracción de su oferta de servicios de salud a su población.

Financiamiento de la salud

El sistema global de salud se financia mediante múltiples fuentes, que canalizan los aportes directos o indirectos de las personas.

Por su complejidad y heterogeneidad, no es posible estimar el financiamiento global de salud en su totalidad. Sin embargo, se conocen y divulgan aquellas fuentes y gastos afectos a registros gubernamentales y cuentas nacionales, que tienen gran implicancia en el presupuesto nacional.

Destacan las siguientes fuentes de financiamiento:

- a).- Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.
- b).- Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.
- c).- La cotización obligatoria desde los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% del salario), en virtud del régimen de seguro de salud.
- d).- El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPRE (costo adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a una ISAPRE.
- e).- Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.
- f).- El co-pago de bienes y servicios de salud por medio de bonos, según aranceles fijados, a ISAPRE y FONASA, y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.
- g).- Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.
- h).- Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.
- i).- Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.
- j).- El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas.

Los ingresos del sector público de salud

Los ingresos del sector público de salud se estipulan en el presupuesto nacional y provienen principalmente del aporte fiscal y transferencias de aportes previsionales de salud.

Los principales tipos de ingresos del sector público de salud son:

- a).- El aporte fiscal, que en 1996 fue de 365.738 millones de pesos en 1996 (el presupuestado fue 342.312 millones de pesos para dicho año), lo que representó la principal fuente (49.6%) del ingreso (gráfico 9.1).
- b).- La transferencia de los aportes previsionales fue de 247.635 millones de pesos, alcanzando a un tercio (un 33.6%) del total en 1996.
- c).- Los ingresos de operación constituyeron el 6.7 por ciento del total de los ingresos.
- d).- Otros ingresos constituidos mayormente por otras transferencias de fondos al Sector, que representan 6.8% de los ingresos, están influidos por el endeudamiento introducido para financiar las inversiones

En 1995, los ingresos del SNSS correspondieron casi totalmente a dos tipos: en 89.4% a transferencias, especialmente aquellas aportada por el Ministerio a los Servicios de Salud, mientras que 7.5% se obtuvo de ingresos de operación, y el 0.73% obedeció a otros ítems como venta de activos y otros ingresos menores.

El gasto público en salud

El financiamiento global de la salud es gastado por diversos entes ejecutores y a través de varios mecanismos, principalmente en sus componentes de gasto público y gasto privado.

El gasto público en salud se considera inserto en el llamado gasto social, efectuado por el gobierno, de los fondos fiscales asignados en el presupuesto nacional a los llamados sectores sociales: educación, salud, vivienda, bienestar social, seguridad social y desarrollo regional.

El gasto público es realizado por el sector público y puede descomponerse como sigue:

- a).- El gasto fiscal, del Gobierno Central, financiado con fondos del presupuesto nacional, asignados al Sector Salud, cuyo ejecutor es el Ministerio de Salud.
- b).- El gasto que realizan otros sectores e instituciones del Estado (como los Ministerios de Educación, Interior, Defensa), de fondos fiscales, para gasto específico de acciones de salud.
- c).- El gasto en actividades de salud ejecutado por las municipalidades, de fondos provenientes de sus ingresos tributarios y de otras fuentes propias.
- d).- El gasto realizado por las instituciones públicas, de fondos provenientes del aporte privado y que por ley deben ser administrados por el sector público:
 - los aportes previsionales recaudados por FONASA
 - el pago directo de servicios otorgados por las unidades de atención del - - sector público
 - las donaciones y otros

Componentes y evolución del gasto público en salud.

Destacan los siguientes ítems del gasto público en salud:

En 1997, las remuneraciones constituyen el 38.0% del gasto público, los bienes y servicios de consumo significan un 27.0%, las transferencias previsionales alcanzaron a un 15.0%, mientras que las transferencias

corrientes son de un 10.0%, destacando el gasto del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

El gasto en inversión real constituyó el 7.32% del gasto sectorial en salud, monto destinado a las inversiones físicas, en combinación con proyectos financiados mediante préstamos de agencias externas.

El gasto del S.N.S.S.

En 1996, casi la mitad del gasto se destinó a remuneraciones (38.8%), el 25.8% correspondió a bienes y servicios de consumo mientras que la inversión real representó 7.3% del gasto SNSS

El gasto privado en salud.

El gasto privado está constituido por los siguientes componentes:

- a) Gastos realizados por las ISAPRE de fondos aportados por las personas, directamente o a través de las empresas.
- b) Gastos realizados por instituciones no gubernamentales sin fines de lucro, de fondos provenientes de donaciones, colectas públicas y otros medios.
- c) El gasto personal privado puede tomar las modalidades siguientes:
 - c1. El gasto directo (sin aporte previsional) por servicios asistenciales.
 - c2. El gasto de las personas cubiertas por algún sistema previsional, por pago de préstamos concedidos y como co-pago o pago del costo "deducible", efectuado mediante la compra de bonos, que está destinado a cubrir la diferencia entre el costo del servicio recibido y el arancel fijado por el plan al que ellas están afiliadas (FONASA o ISAPRE).
 - c3. El gasto efectuado por las personas para la adquisición de bienes, entre los cuales destacan los medicamentos.

Los préstamos médicos otorgados por FONASA en 1995, llegaron a la suma de 4.970 millones, de los cuales se recuperó la suma de 724 millones de pesos.

Durante 1996, el mercado de ISAPRE abierta recaudó cotizaciones por 483 millones de pesos , las que se distribuyeron como sigue: 62.1% en Prestaciones, incluyendo la partidaa otros costos menores de explotación; 15.9% en Subsidios por Incapacidad Laboral; 18.8% en Gastos de Administración y Venta y 3.2% en Utilidades Operacionales.

El número de cotizantes fue de 1.664 millones en 1996 lo que representa una cotización por cotizante de 290.3 mil pesos anuales. El número de beneficiarios fue de 3.763 millones lo que representa una cotización por beneficiario de 128.4 mil pesos anuales.

Las utilidades registradas por el Sistema ISAPRE abierta en 1996 bordearon los 20 mil millones de pesos.

El número de beneficiarios de FONASA (proyección para 1996) fue de 8.637 millones lo que significó una cotización de 22.4 mil pesos anuales por beneficiario.

