

UN PROYECTO DE SALUD PARA CHILE

Cuad. Méd.-Soc., XXXIV, 4, 1993/ 45-55

Dr. Jorge Ramírez M.

INTRODUCCION

Las profundas transformaciones realizadas en las últimas décadas sobre la previsión social y la salud no han terminado. Si observamos lo que ha sucedido en la medicina en Chile, veremos que los tres aspectos más relevantes de ella han quedado inconclusas provocando un deterioro de las prestaciones para un grupo importante de la población.

1. La Medicina Preventiva que se aplicaba desde 1938 fue derogada prácticamente en forma total por la Ley 18.469 a contar del 1 de enero de 1968, quedando sólo atisbos de ella. Sus efectos se verán en los próximos años, cuando el envejecimiento de la población nos haga enfrentar enfermedades cuyos tratamientos de alto costo provoquen graves problemas de financiamiento a las personas afectadas. Es perentorio que la Salud Pública y Privada enfrente este problema.
2. La Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que siendo obligatoria para proteger a todos los trabajadores de la República, se ha dividido en dos grupos bien diferenciados por sus logros tan divergentes en el tiempo. Por un lado tenemos al sector privado constituido por las mutualidades de empleadores y las empresas con administración delegada, que con el 0.9% de cotizaciones y un 10% en gastos de administración han logrado los fines que la Ley estipula. Distinta es la situación del sector estatal, donde existe una anarquía en la recaudación del 0.9% ya que las reparticiones públicas no lo cotizan y los empleadores adheridos al Instituto de Normalización Previsional (I.N.P.) para los efectos de la Ley 16.744, tampoco lo declaran,

salvo los que hacen las cotizaciones previsionales para el mismo I.N.P. pero no los que cotizan en el sistema Administración de Fondos de Pensiones (A.F.P.). Los logros de este grupo son mínimos sin que puedan compararse a los del Sector Privado.

3. La Ley de Medicina Curativa tiene casi características iguales al problema de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Por un lado existe el sector privado, que con sus defectos se ha ido consolidando a lo largo de esta década y un sector estatal que pese a todos los intentos es un verdadero iceberg donde se aprecian logros en la mortalidad infantil, desnutrición, atención del parto, pero que en su parte profunda muestra signos de deterioro importante en el financiamiento, en la anarquía administrativa por falta de medios de control y en la percepción que tienen los beneficiarios, los prestadores y algunas autoridades.

Las diferencias principales entre el sector estatal y el sector privado radica en que este último es capaz de reconocer a quién debe dar atención y a quién debe cobrar por prestación realizada. Recauda directamente las cotizaciones previstas por la ley y por lo tanto con un buen control está administrando y planificando adecuadamente. El Estado debe seguir otorgando seguridad social a los indigentes y personas de escasos recursos, pero para no desfinanciarse debe ordenar y adecuar sus sistemas de recaudación de las cotizaciones y control de las prestaciones de sus beneficiarios, cobrando aranceles a los no beneficiarios.

Las transformaciones que han permitido desarrollar al sector privado deben aplicarse en los

aspectos que conciernen al sector estatal. Las bases legales y económicas existen y sólo es necesario estructurarlas para que se otorgue al sector poblacional de menores recursos una salud integral, técnicamente adecuada y con un entorno agradable.

PROYECTO DE SALUD

El sistema de salud está en crisis. Es necesario un análisis de la situación legal y económica que nos aclare los diferentes aspectos que tienen incidencia en la génesis de esta situación:

I. LEGALES

1.- La Constitución Política de la República establece en su Art. 19° N° 9 el Derecho a la Protección de la Salud, correspondiéndole al Estado la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Debe asimismo garantizar las ejecuciones de dichas acciones, ya sea por prestaciones de instituciones públicas o privadas en la forma y condiciones que estipule la Ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

2. La Ley 18.933:

Las ISAPRE, otorgarán las prestaciones y beneficios de salud, con cargo al aporte de la cotización legal para salud o una superior convenida, a las personas que suscriban un contrato de salud (Art. 21°).

Deben registrarse, tener un capital de reserva mínimo de 2.000 U.F. y mantener un mes de cotizaciones en garantía. El afiliado celebrará un contrato, las cotizaciones deben ser canceladas por el empleador o entidad encargada del pago de la pensión directamente a la ISAPRE, será sancionado en caso de no cumplimiento.

El contrato estipula el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones y beneficios para la recuperación de la salud. Incluye periodos de carencia, exclusiones, forma en que se modifican las prestaciones y beneficios por variación de la cotización mínima legal del afiliado (aumento o disminución, etc). (Art. 33°).

Las acciones de Medicina Preventiva y protección de la mujer hasta el sexto mes del nacimiento del niño y de éste, hasta los seis años será convenido entre las partes (Art. 35°).

3.- Ley 18.469:

Regula el derecho constitucional a la protección

de la salud que comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación del individuo.

Los establecimientos de los S.N.S.S. no pueden negar la atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de tarifas o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los Arts. 16° y 28° (Art. 3°).

Los mismos establecimientos son los responsables de la ejecución de acciones que tienden a asegurar la salud de los habitantes de la República (Art. 3°).

Tendrán derecho a atención gratuita la mujer embarazada, incluyendo el puerperio y los recién nacidos hasta los seis años de edad, sean beneficiarios o no. Se excluye la atención del parto (Arts. 6° y 9°).

Se incluyen entre las prestaciones de salud que otorga el régimen, aquellas de promoción, protección y otras relativas a las personas y al ambiente según determine el Ministerio de Salud, correspondiéndole la ejecución a los S.N.S.S. (Art. 10°).

La incorporación al régimen se producirá automáticamente y los afiliados deberán efectuar para el Fondo Nacional de Salud, las cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud. Los beneficiarios deberán proporcionar oportuna y fielmente las informaciones que le sean requeridas para su adecuada identificación y atención por los organismos de los S.N.S.S. (Art. 7°).

Serán beneficiarios: Los afiliados que cotizan el 7%, sus cargas, los causantes de asignación familiar, las personas carentes de recursos o indigentes, las que gocen de pensiones asistenciales y de subsidio familiar para personas de escasos recursos (Art. 5° y 7°).

Las prestaciones se otorgarán por los servicios e instituciones que dependen del Ministerio de Salud, con los recursos profesionales, técnicos y administrativos de que dispongan sus establecimientos (Art. 11°). No obstante en los casos que proceda, los afiliados y los beneficiarios podrán atenderse de acuerdo a la modalidad de libre elección.

El funcionamiento del régimen está dado por el aporte fiscal, el 7% de las cotizaciones y por las tarifas que deben pagar los beneficiarios y no beneficiarios por los servicios y atenciones recibidas (Art. 27°).

Para estos efectos las personas afectadas a esta Ley se clasificarán en 4 grupos: A-B-C-D, dependiendo de su nivel de ingresos. Las atenciones son gratuitas para los grupos A y B. El grupo C cancela un 25% y el D un 50% (Arts. 29° y 30°).

La identificación de los beneficiarios y su clasi-

Tabla N° 1
Población beneficiaria de los distintos regímenes de salud. Chile 1991

	Cotizantes	%	N° Beneficiarios	%
Defensa	334.388	6,9	835.970	6,3
ISAPRE	1.070.813	22,3	2.566.144	19,5
FONASA	3.388.899	70,6	8.472.247	64,6
Indigentes	—	—	1.228.939	9,3
Total	4.794.100	—	13.103.300	—

Fte. Seguridad social.

ficación en uno de los grupos constará de una credencial proporcionada por FONASA o por entidades públicas o privadas con los que FONASA celebre convenios (Art. 32°).

En el caso que ambos cónyuges sean afiliados, sus hijos y demás cargas de familia se considerarán pertenecientes al grupo que corresponda al cónyuge cuyo ingreso mensual sea más elevado.

Si durante el período de vigencia de la credencia los ingresos del afiliado experimenten una variación que permitiera clasificarlo en un grupo diferente, deberá comunicar tal circunstancia al FONASA y éste lo reclasificará (Art. 33°).

Este régimen no se aplicará a los regímenes de la Caja de la Defensa Nacional y de Dipreca (Art. 36°).

Luego los habitantes pueden ser clasificados en cuatro sub-grupos dependiendo de su afiliación a los distintos regímenes de Salud (Tabla N° 1), quedando claro que el grupo de la Defensa Nacional y de las ISAPRE se rigen por leyes precisas con una población conocida, con ingresos reales también conocidos lo que les permite una mejor planificación y distribución de recursos.

El grupo de escasos recursos e indigentes recibe la atención correspondiente en los S.N.S.S. dependientes del Ministerio de Salud, en forma gratuita.

El grupo FONASA, constituido por el 70% de los trabajadores ocupados y por 64% de la población beneficiaria, es el que presenta más problemas que pueden resumirse principalmente en que el aporte de sus cotizaciones y de copagos son distribuidos para ejecutar múltiples acciones de salud planificadas por el Estado, que otorgan a los propios beneficiarios y a otros grupos.

El FONASA, con sus 645 funcionarios no puede cumplir con todas sus obligaciones y por lo tanto, no conoce el número real de cotizantes ni de beneficiarios, no recauda directamente el 7%, por lo que no puede reclasificar a sus beneficiarios. No celebra contratos con los afiliados, no hay acceso a mejores

planes de salud en caso que un cotizante quiera realizarlo. Los cotizantes de mayores cotizaciones reciben menos bonificaciones que los de menores cotizaciones, por lo que evidentemente tratarán de atenderse en la modalidad institucional en forma gratuita al no contar las instituciones con medios de control adecuados.

En resumen, para este grupo no hay acceso igualitario a las acciones de salud.

II. ECONOMICAS

Si analizamos el financiamiento del sector público, encontramos (tabla N° 2) que el 48% de los aportes está dado por el grupo que cotiza su 7% en FONASA. El aporte fiscal alcanza al 33% con 86 mil millones de pesos, de los cuales 66 mil millones se destinaron al pago de remuneraciones del personal de las Instituciones (tabla N° 3).

Tabla N° 2
Financiamiento del sector salud Chile 1991
(Millones de pesos)

		%
Aporte fiscal	86.232	32,8
7% beneficiarios	105.262	40,0
Vta. bono libre elección	21.064	8,0
Créditos externos para invers.	12.327	4,7
Ingresos de operación	21.099	8,0
Otros	16.558	5,3
Total	262.542	100

Fte. Anuario Estadístico FONASA 1991.

Luego el Fisco aportó 20.000 millones para las prestaciones que otorga a los indigentes y escasos recursos, planes de vacunaciones, alimentación complementaria, del medio ambiente, de protección maternal y del adulto mayor, etc.

El sistema atendió por morbilidad 21.300.000 consultas en las instituciones de los servicios de salud. FONASA, emitió en ese período, tanto para uso institucional como para libre elección 4.603.234 órdenes de consultas médicas, por lo que si el 50% se usaron para cancelar atenciones en los servicios de salud, solo el 10% de estas fueron canceladas. Lo mismo ocurre con los 7.784.000 días camas ocupados por los servicios de salud.

Estas prestaciones fueron financiadas por el F.A.P. y F.A.P.E.M. que alcanzó la suma de 50.000 millones, lo que evidentemente no cubre el valor de las atenciones.

Si FONASA hubiese cancelado las consultas y días camas a valores reales habría financiado al sistema con 100.000 millones de pesos que cubriría con creces los gastos en bienes de consumo y bienes de producción (tabla Nº 3).

Personal	65.980
Bs. de consumo	63.169
Bs. de producción	11.437
Inversiones	20.984
Prestac. Previs.	43.899
Transferencias	34.728
Inversiones	1.242
Op. años anteriores	4.207
Total	262.542

Fte. Anuario Estadístico FONASA.

Otros factores económicos que deben ser considerados para este grupo son:

- a) Licencias médicas de los funcionarios de salud: Por estar afectos al Estatuto Administrativo, se les mantienen las remuneraciones, pero el empleador debe recuperar dichos montos de la entidad que cancela el subsidio (FONASA o ISAPRE, pero estos dineros recuperados no pueden ser utilizados por el empleador para financiar reemplazos u horas extraordinarias para otorgar una atención adecuada, debiendo reintegrar dichos dineros al Tesoro Público. Según lo estimado en estudio de ausentismo laboral para el total de funcionarios de los S.N.S.S. alcanzaría 2 mil millones de pesos anuales.
- b) Ley 16.744: Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Esta Ley es perentoria en el sentido de que todos los trabajadores están protegidos por este seguro que se financia con el 0.9% de las remuneraciones imponibles que es de cargo del empleador.

Si los trabajadores afiliados al D.L. 3.500 y al D.L. 3.501 suman 4.459.712 y de ellos 2.084.650 están afiliados a las Mutualidades de Empleadores existirían 2.375.062 trabajadores cuyo seguro está administrado por el I.N.P. Si consideramos que la cotización alcanzaría a \$ 522, mensuales por trabajador significa que se recaudarían 14.887 millones de pesos al año.

Durante 1991 los gastos se desglosaron en:

1.- Pensiones: 6.186 millones de pesos.

2.- Subsidios: 292 millones, lo que en total suman 6.478 millones de pesos, quedando un remanente de 8.398 millones anuales que debieran ser utilizados en cancelar las prestaciones otorgadas por los Servicios, fondos para financiar las prestaciones, prótesis, rehabilitación de los pacientes, pensiones y también para implementar recursos de los organismos que dictaminan e interpretan las leyes como la Superintendencia de Seguridad Social, la Comisión Médica de Reclamos y las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez.

El sistema ISAPRE, según observamos en las tablas 4 y 5, se financia y genera excedentes, otorga las prestaciones pactadas y si bien es cierto recibe aportes extras como los subsidios del Fondo Unico de Prestaciones Familiares, planes de vacunación y de Alimentación y el 0,2%, también es cierto que incurre en gastos que no le corresponden como el cancelar subsidios de incapacidad laboral y bonificaciones por Accidentes del Trabajo de sus afiliados, que no han sido denunciados y también por el mal uso de órdenes de atención por parte de los beneficiarios.

	Monto
Cotizantes 7%	152.333
Adicionales	20.390
Otros	9.556
Total	182.290

Prestaciones medicina	107.457
Subsidios	31.860
Otros	2.887
Gastos de Administ.	34.495
Total egresos	176.700

Fte. Anuario Estadístico ISAPRE.

III. CONCLUSIONES

El sistema de salud está financiado en general, por la cotización obligatoria de los trabajadores y pensionados, pero un grupo puede negociar su contrato de salud y el otro no. No existe por lo tanto, un acceso igualitario a las acciones de salud.

En el sistema estatal es necesario un ordenamiento tanto legal, político y económico siendo urgente la identificación de los grupos que cotizan el 7% y el grupo de indigentes o escasos recursos ya que este sistema no se podrá financiar si se otorgan atenciones que en un 90% son gratuitas. El Estado debe decidir si se mantiene este sistema de gratuidad por falta de elementos de control o hace el cobro pertinente por atención cuando ello proceda.

Al existir diferencias entre los diferentes subgrupos de FONASA, es evidente que el grupo más castigado económicamente tratará de obtener gratuidad cuando accede a la atención institucional, por lo que es indispensable que las unidades encargadas de distinguir entre beneficiarios y no beneficiarios cuente con el personal suficiente y el apoyo tecnológico adecuado.

IV. SOLUCIONES

1.- Generales:

El sistema ISAPRE debe mantenerse mejorando sus deficiencias.

El sistema FONASA, debe conocer su universo de cotizantes y beneficiarios recaudando el 7% directamente lo que le permitiría una mejor planificación y distribución de recursos. El pago de las prestaciones es fundamental pero siendo un sistema solidario los actuales grupos B-C y D, contribuirían con distintos porcentajes de copagos (ej: 10% - 15% - 20%) a nivel institucional y 20% - 35% y 50% para uso libre elección.

Las instituciones de los Servicios de Salud al recibir un pago real por las prestaciones otorgadas se financiarían siendo obligatorio utilizar al máximo sus recursos. Ejemplo: actualmente los pabellones quirúrgicos funcionan 8 horas provocándose listas de esperas que originan mayor gasto en días-camas y en ausentismo laboral. Si funcionaran 24 horas, se descongestionarían los Servicios de Urgencia, disminuiría el promedio de días-camas y se evitaría la construcción de otros establecimientos con pabellones que también van a ser utilizados otras 8 horas al día. Las acciones prestadas por el personal de salud fuera de horario serán canceladas en los porcentajes correspondientes.

2.- Operacionales:

El Estado sigue a cargo de las Instituciones de los S.N.S.S. atendiendo a los indigentes y pensionados del D.L. 869 (tabla 6) que alcanzan a 1.128.000 personas en forma gratuita.

ISAPRE	2.556.144
FONASA	5.972.500
C.C.A.F.	2.500.967
Estado	1.228.939
Defensa	835.970

Atenderá también a los beneficiarios del sistema FONASA, cobrando aranceles grupo I por los que recibiría alrededor de 100.000 millones de pesos financiándose totalmente con el aporte fiscal, los créditos externos y los ingresos de operación.

Sus ingresos se verían aumentados por el cobro de las prestaciones otorgadas a las personas cuyo seguro de accidente de trabajo lo administra el I.N.P. y por atenciones prestadas a los beneficiarios de los Seguros Obligatorios de la Ley 18.490 (Accidente de tránsito).

El personal enfermo o en vacaciones puede ser reemplazado en forma adecuada mediante horas extraordinarias o contrato de reemplazantes al disponer libremente de los dineros devueltos por las entidades pagadoras de subsidios.

Las Instituciones de los Servicios de Salud, pueden atender a los cotizantes ISAPRE previa cancelación de aranceles, lo que constituiría otra fuente de ingresos y de competencia para otorgar mejor calidad de atención.

El Estado a través de sus instituciones debidamente financiadas, implementaría las acciones generales preventivas, vacunas, alimentación complementaria a los grupos de menores ingresos, etc.

El cambio en la estructura de la población que va hacia el envejecimiento, nos hará enfrentar una realidad distinta que debe ser considerada por la importancia social-económica y laboral, ya que estará constituida por un aumento del cáncer, de las insuficiencias renales crónicas, de las cardiopatías quirúrgicas y el Sida. El nivel central debe evaluar la posibilidad de implementar prontamente un nuevo sistema de Medicina Preventiva adecuado a los tiempos actuales contratando seguros de salud que cubran la aparición de esas enfermedades.

FONASA:

De los 3.389.899 cotizantes, 1.760.387 pertenecen a las Cajas de Compensación de Asignación Familiar (C.C.A.F.) regidas por la Ley 18.833 que son entidades de Previsión Social, sin fines de lucro que administran prestaciones de Seguridad Social.

Ellas cuentan con una infraestructura similar a las ISAPRE, con una población cautiva conocida y recaudan sus cotizaciones.

Ellas pueden administrar perfectamente el otorgamiento de las prestaciones de salud del sistema FONASA, otorgándosele un porcentaje de las cotizaciones para financiar los gastos de administración. De hecho, ya se les otorga para el manejo de los subsidios de Incapacidad Laboral.

Estas cajas atenderán a unos 1.500.000 beneficiarios dejando a FONASA, con una población de 5.972.500 personas. Percibirán el 7% de las cotizaciones, otorgaría credenciales de salud y las órdenes de atención.

Tanto FONASA, como las C.C.A.F. no podrían rechazar a personas con enfermedades pre-existentes. Sería factible ofrecer 2 tipos de contratos de salud, el financiado por el 7% de cotización y otro adicional para acceder en mejores condiciones al sistema privado o Institucional (Pensionados). Emitirían 2 tipos de bonos institucional y libre elección con distintos aranceles y bonificaciones.

RESUMEN

La salud del 90% de la población está financiada por los propios cotizantes, por lo que tienen derecho a elegir el sistema de salud en igualdad de condiciones. El Estado debe otorgar atención gratuita a los indigentes y al grupo de escasos recursos. FONASA debe autofinanciarse y tomar el rol que le corresponde administrando sus cotizaciones y cancelando por cada atención que se le preste a sus beneficiarios. Su rol debe ser regulador del mercado tanto en los aranceles de las prestaciones como en los copagos y aranceles médicos. Debe implementar un sistema de control eficiente y utilizar convenios con las Cajas de Compensación para un mejor uso de la infraestructura. Las Instituciones de los Servicios de Salud se financian con una descentralización económico-administrativa que les permita una sana competencia al administrar sus recursos y adecuarlos a la situación especial de cada servicio de salud.

Anexo 1. Incorporación de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar a las prestaciones de salud de la Ley 18.469.

Las Cajas de Compensación son Corporaciones Privadas sin fines de lucro cuyo objeto es la Administración de prestaciones de Seguridad Social y están regidas por la Ley 18.833.

Las prestaciones están claramente detalladas en el Art. 19º de la Ley:

1. Afiliación de las Entidades Empleadoras.
2. Administrar para los trabajadores afiliados el régimen de prestaciones familiares, los regímenes de subsidios de cesantía y por incapacidad laboral; administrar el régimen de prestaciones de crédito social, de prestaciones adicionales y complementarias.
3. Recaudar y controlar la declaración y pago de las cotizaciones que correspondan para el régimen de subsidios por incapacidad laboral.
4. Invertir los recursos disponibles.
5. Efectuar las compensaciones que procedan con los empleadores afiliados y con fondos y entidades previsionales.
6. Prestar Servicios, mediante convenios a entidades que administren prestaciones de Seguridad Social.
7. Promover, organizar, coordinar y ejecutar iniciativas y acciones que tengan por objeto mejorar el bienestar social de los trabajadores y su núcleo familiar.
8. Las Cajas están facultadas para celebrar convenios con el FONASA sobre el otorgamiento de credenciales de salud, venta, emisión y pago de órdenes de atención y otorgamiento y cobro de préstamos que establece el Art. 31º de la Ley 18.469.

Actualmente existen 7 Cajas de Compensación con infraestructura técnica y humana adecuadas realizando las funciones estipuladas en esta Ley.

Si observamos la Tabla Nº 7 vemos que en el año 1991, en Chile, aproximadamente 3.388.899 trabajadores cotizaban sus 7% para salud en FONASA. De esos trabajadores, 1 millón está afiliado a las Cajas de Compensación.

Si consideramos que el FONASA debe atender a 8,5 millones de beneficiarios y además cumplir con todas las funciones estipuladas en el Art. 27º del D.L. 2763/79 contando con 645 funcionarios a lo largo del país, es indispensable aprovechar la experiencia e infraestructura de las Cajas para que los costos de una reestructuración del Fondo Nacional de Salud no sean tal altos.

En efecto, si a FONASA se le asigna solamente

Tabla Nº 7
Cotizantes FONASA
Chile 1991

a) Cotizantes D.L. 3.500	4.109.184
b) Cotizantes D.L. 3.501	350.528
c) Total	4.459.712
d) Cotizantes Isapre	1.070.813
e) Cotizantes Fonasa	3.389.899

Fte. Superintendencia de Seguridad Social.

su rol de administrar y otorgar prestaciones solo a sus cotizantes y beneficiarios debiera contar con:

1. Personal adecuado en número y conocimientos.
2. Sistema informático para registro y control eficiente.
3. Recaudación directa de sus cotizaciones.
4. Planificación y distribución de recursos.

Todos estos recursos para atender a 8,5 millones de personas.

Si los 2.500.000 beneficiarios de las Cajas son atendidas por éstas, FONASA debe adecuar su infraestructura para atender a 5.972.245 beneficiarios disminuyendo en forma importante sus costos.

Las C.C.A.F. administrarán todas las prestaciones de sus cotizantes y beneficiarios que consisten en:

1. Otorgar las credenciales de Salud.
2. Recaudar el 7%.
3. Recaudar los co-pagos.
4. Venta y emisión de atención.
5. Control y pagos de los Subsidios por Incapacidad Laboral.
6. Otorgar préstamos de Salud.
7. Otorgar otras prestaciones de medicina preventiva y curativa de acuerdo a los estados financieros resultantes del ejercicio anual.

Financiamiento:

1. Cotización 7%.
2. Venta de órdenes de atención.
3. Ingresos de operación.
4. Ingresos de explotación.

En cuanto a la utilización de estos ingresos consideramos:

- | | |
|-----------------------------------|-------|
| 1. Prestaciones Médicas | 60% |
| 2. Subsidios por Incapac. Laboral | 20% |
| 3. Gastos de Administración | 10% |
| 4. Excedentes | 5-10% |

Los excedentes deben ser utilizados para otorgar mayores beneficios como aumentar las bonificaciones, instalación de servicios dentales, convenios con farmacias, seguros de salud, etc.

Como ejemplo citaré la C.C.A.F. Valles de Chile que cuenta con:

1. Cotizantes FONASA	\$	88.292.
2. Promedio Rentas	\$	76.318.
3. 7% de cotización	\$	5.342.
4. Cotización anual	\$	5.640.000.000.

Egresos:		%
Prestaciones	\$ 3.384.000.000	60
Subsidios Inc. Laboral	\$ 1.128.000.000	20
Gastos de Administración	\$ 564.000.000	10
Excedentes	\$ 564.000.000	10

Otros ingresos:

1. Co-pagos	\$	1.128.000.000.
2. Intereses	\$	28.000.000.
Total excedentes	\$	1.820.000.000

que están disponibles para las otras prestaciones.

¿En que gastos debe incurrir las C.C.A.F. para administrar las prestaciones FONASA?:

1. Personal.
2. Informática.
3. Contraloría Médica.

Para estas actividades cuenta con \$ 47 millones de pesos mensuales.

Anexo 2. Ley 16.744/1968 y Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

I. Características: Es un Seguro Social contra riesgos de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Es obligatorio.

II. Personas protegidas:

1. Trabajadores dependientes.
2. Funcionarios públicos.
3. Estudiantes.
4. Trabajadores Independientes.

III. Administración del Seguro:

1. Servicio Seguro Social.
2. Servicio Nacional de Salud.
3. Cajas de Previsión.
4. Mutualidades de Empleadores.

En la actualidad, debido a la modificación de las diferentes leyes que crearon las A.F.P. y fusionaron las Cajas de Previsión antiguas mediante los D.L. 3500 y 3.501 respectivamente, podemos observar un cambio en las instituciones que administran el seguro.

Tabla Nº 8
Organismos administradores
Ley 16.744.

	O. Administrador	S.I.L.	Prestaciones
1. Canaempu	Empleador	Empleador	Empleador
2. Ex-Empart.	I.N.P.	I.N.P.	I.N.P.
3. Ex-S.S. Social	I.N.P.-S.N.S.S.	S.N.S.S.	S.N.S.S.
4. Mutualidades	Mutual	Mutual	Mutual

1. I.N.P.: Incluye el Ex-Servicio de Seguro Social, la Ex-Caja de Empleados Particulares, los funcionarios públicos de la Administración del Estado y a otras cajas.

2. Mutualidades de Empleadores: A.CH.S., I.S.T., M.S.C.CH. C.

3. Empresas con Administración Delegada: Codelco, etc.

En la tabla Nº 8, observamos las Instituciones que administran, quién otorga las prestaciones médicas y quién cancela los subsidios por Incapacidad Laboral.

IV. Los gastos de Administración no podrán ser mayores al 10% de los ingresos que correspondan a este seguro.

V. El financiamiento está dado por:

1. Cotización del 0,9% de las rentas imposables de cargo del empleador.

2. Cotizaciones Adicionales que pueden alcanzar a otro 0,9%.

3. Multas.

4. Utilidades y Rentas.

VI. Las cotizaciones se calcularán en base de las mismas remuneraciones o rentas por las que se cotiza para el régimen de pensiones de la Institución Previsional respectiva (Art. 17º).

VII. El I.N.P. y los S.N.S.S. se distribuirán el producto de las cotizaciones que aquel recaude para este Seguro. La proporción de reparto se dictará mediante Decreto Supremo. Los excedentes también se repartirán proporcionalmente (Art. 21º).

VIII. Todas las sumas que le correspondan a los S.N.S.S. se contabilizarán por separado y este organismo deberá destinarlas exclusivamente a los objetivos de esta Ley (Art. 23º).

Como conclusión de la parte legal podemos decir que:

- Es obligatorio.
- La población protegida está bien definida.
- Los organismos administradores del Seguro también están definidos.

IX. Evolución y logros de cada sistema.

a) Mutualidades de Empleadores: Durante todos estos años han administrado el Seguro creando un sistema con alta tecnología, infraestructura hospitalaria, medidas preventivas, etc., y generando excedentes.

Han aumentado en forma importante el número de trabajadores protegidos y de empleadores cotizantes, llegando en 1991 a 2.084.650 trabajadores y a 58.280 empleadores.

b) I.N.P.: Según lo informado por la Superintendencia de Seguridad Social, los cotizantes al I.N.P. son 350.528 trabajadores, recaudando el 0,9%.

Los logros se aprecian sólo en el pago de pensiones, subsidios de incapacidad laboral, prestaciones médicas en los S.N.S.S. en el caso de los trabajadores pertenecientes a las Ex-Cajas de Servicio de Seguro Social. Los imponentes de la Ex-Caja de Empleados Particulares reciben las pensiones y subsidios de parte del I.N.P. Las prestaciones en general son dadas por Medicina curativa y posteriormente deben ser devueltas por el I.N.P.

Los empleadores públicos afectos al Estatuto Administrativo reciben pensiones y remuneraciones de parte del I.N.P. y del empleador respectivamente. Las prestaciones son de libre elección reembolsadas por el empleador. No hay por lo tanto inversión en infraestructura, tecnología, centros especiales, etc.

Si consideramos el número de trabajadores afiliados al D.L. 3.500 y 3.501

tenemos: 4.459.712

Afiliados a Mutuales: - 2.084.650

Total I.N.P. 2.375.062

Los ingresos de estos trabajadores son:

El 0,9% cotizado por el empleador

\$ 522 millones.

El total recaudado por I.N.P. anual

\$ 14.887 millones.

Los gastos son:

Pensiones 16.666 por un monto de:	
\$	6.186.399
Subsidios por Incapacidad Laboral:	
\$	292.000
Total	\$ 6.478.000 millones.

Estos 8.409 millones de pesos deben destinarse:

1. Prestaciones.
2. Infraestructura.
3. Pagos de atenciones.
4. Organismos que intervienen en la evaluación y dictamen de las indemnizaciones e incapacidades.

Es claro entonces que el 0,9% cotizado por los empleadores a las Mutualidades de Empleadores ha significado un avance importante en la prevención y tratamiento de los riesgos laborales.

Distinta situación se aprecia en el otro sector de trabajadores cuyo 0,9% no se cotiza por todos los empleadores y no hay ordenamiento en cuanto a la distribución y planificación.

Si el 0,9 se recaudara totalmente los recursos financiarían las pensiones, indemnizaciones, prestaciones, infraestructura, prevención y el recurso humano para las instituciones involucradas como el I.N.P., la Superintendencia de Seguridad Social, la Comisión Médica de Reclamos y las comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez.

Anexo 3. Financiamiento de los S.N.S.S.

Los S.N.S.S. otorgarán atención a:

1. Indigentes y escasos recursos.
2. Cotizantes FONASA.
3. ISAPRE.
4. Particulares.
5. Accidentes de Trabajo de los cotizantes de I.N.P. de la Ley 16.744.

Financiamiento:

1. Aporte Fiscal	86.232 millones.
2. Ingresos Operación	10.000 millones.
3. Atención FONASA	100.000 millones.
4. Otros Ingresos	24.000 millones.
5. Aporte Ley 16.744*	? millones.

6. Atención Ley 16.744**	? millones.
7. Créditos Externos	12.000 millones.
8. Atención ISAPRE	? millones.
9. Devolución de S.I.L.***	2.000 millones.
10. Total	234.000 millones.

Además los S.N.S.S. realizan otras acciones que deben ser canceladas por las instituciones correspondientes: Subsidios por Incapacidad Laboral.

Peritajes médicos administrativo –ambas realizadas por las Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez.

Infraestructura: Es fundamental implementar:

- Sistema Informático de Control.
- Adecuar las COMPIN.
- Otra relación entre MINSAL-Contraloría e I.N.P.
- Descentralización de cada Servicio de Salud en materias administrativas - financieras - epidemiológicas con evaluación de gestión periódica.

Otra fuente de Financiamiento importante se puede lograr si se aprueba la Ley que permita a los Empleados Públicos incorporarse de pleno a la Ley 16.744 ya que por contar los 6 servicios de salud de la Región Metropolitana con más de 20.000 funcionarios pueden administrar ellos mismos los recursos del 0,9% que cotizan los empleadores, adecuando sus servicios médicos con el fin de captar más adherentes tanto de otras instituciones públicas como privadas. Los ingresos anuales para este ítem sería de 216 millones de pesos siendo los gastos de administración de un 10% del total cotizado.

Anexo 4. Modificaciones legales.

- I. D.F.L. 44/78: Artículo 14º
Artículo 15º
Artículo 24º

El Artículo 14º se ha convertido en un incentivo perverso en el uso de las licencias ya que los beneficiarios se defienden del descuento de los tres primeros días haciendo uso de licencias médicas más prolongadas, aumentando los costos de los subsidios por incapacidad laboral, hecho incontro-

* Los aportes de la Ley 16.744 deben ser fijados por D.S. (Art. 21º).

** Los S.N.S.S. deben otorgar las prestaciones de la Ley 16.744 a los imponentes de la Ex-Caja del Servicio de Seguro Social sin costos para ellos. Distinta es la situación para los imponentes independientes y de las Ex-Cajas Empart y Canaempu, cuyas atenciones deben ser canceladas con honorarios diferentes a los de la Ley 18.469. En la actualidad gran parte de esas atenciones son otorgadas por Medicina Curativa siendo las prestaciones canceladas a través del FAP y FAPEM, lo que desfinancia el Sistema.

*** La libertad de disponer de los subsidios por incapacidad laboral de los funcionarios que hacen uso de licencias médicas para controlar reemplazos o cancelar horas extraordinarias.

lable para las Contralorías Médicas. Además se produce pérdida en la producción de las empresas.

El Artículo 15º también provoca aumentos en los gastos por S.I.L. ya que apenas comunicado el cese de funciones, el trabajador hace uso de licencia médica que puede prolongarse por meses. La situación debe ser salvada mediante una indicación de que si la licencia médica se inició antes del aviso o después del aviso.

El Artículo 24º debe ser modificado, ya que si las C.C.A.F. se hacen cargo de la administración de las prestaciones de la Ley 18.469 deben ser recompensadas o castigadas por la gestión de control de licencias médicas, única forma para que implementen contralorías adecuadas.

II. Ley 18.469: Se debe modificar los Artículos Nº 2º, 3º, 7º, 8º, 9º, 13º, 15º, 23º, 25º, Art. 29º, Art. 30º, 32º, 33º inciso 5º.

Artículo 2º: Las ordenes de atención se venderán en los S.N.S.S.

Artículo 3º: Los Organismos de los S.N.S.S. son responsables de la programación de las acciones de salud.

Artículo 7º: La incorporación al régimen se realizará mediante un contrato. Los beneficiarios y empleadores deberán informar oportuna y fielmente las informaciones que les sean requeridas.

Artículo 8º: Ver anexo sobre Medicina Preventiva.

Artículo 9º: FONASA financiará solo a sus beneficiarios. El Estado protegerá a los indigentes y de escasos recursos. Las ISAPRE darán atención a sus beneficiarios.

Artículo 13º: Dos tipos de bonos: Institucional y libre elección con distintas bonificaciones.

El porcentaje de bonificación debe ser dispuesto por el Fondo Nacional de Salud de acuerdo a sus estados financieros.

Artículo 15º: Ver anexo sobre Medicina Preventiva.

Artículo 23º: Modificado por el Art. 15º del D.F.L. 44/78.

Artículo 25º: El retorno a FONASA desde una ISAPRE debe también efectuarse con un contrato, donde consten los antecedentes médicos y el uso de licencia médica.

Artículo 30º: Los porcentajes de bonificación y aranceles se realizará por el Fondo Nacional de Salud y el MINSAL.

Artículo 32º: Es obligatorio.

Artículo 33º: Inciso 5º: El grupo será determinado por el ingreso del grupo familiar.

III. Ley 18.834: Art. 110º debe agregar que el Estado

cotizará el 0.9% para efectos de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

IV. D.L. 2763: El Ministerio coordinará, programará y evaluará las gestiones de salud.

El presupuesto y planes especiales será asignado a cada Servicio de Salud, quien tendrá completa independencia en su utilización debiendo responder de la gestión realizada.

Art. 26º al 34º: Debe ser modificado en el sentido de que FONASA tiene un rol de otorgar el financiamiento de las prestaciones de salud que se le otorga a sus beneficiarios y no a la compra de instrumental o equipo, etc.

V. Ley 18.933: En estudio en el Parlamento.

VI. Ley 18.833: Ver anexos Incorporación de la C.C.A.F. a las prestaciones de la Ley 18.469.

VII. Otras modificaciones legales.

1.- Cotización y Financiamiento de los Empleados Públicos e independencia para efectos de la Ley 16.744.

2.- Circular 335/85: Superintendencia de A.F.P. que permite hacer uso de licencia médica por años, sólo con el expediente de estar en trámite de declaración de irrecuperabilidad.

3.- Modificación del Reglamento de licencia médica del D.S. Nº 3/84.

4.- Crear un formulario único, intransferible tipo cheque-estupefaciente para el uso de licencia médica por cada médico.

5.- Las prestaciones otorgadas por la COMPIN, para dictaminar sobre la irrecuperabilidad de los afiliados a ISAPRE deben ser canceladas por éstas (inciso 7º y 8º del Artículo 38º de la Ley 18.933).

MEDICINA PREVENTIVA

1.- Ley 6.174/38.

Establece el Servicio de Medicina Preventiva que será responsabilidad de las Cajas de Previsión.

Estas Cajas, a través de sus Servicios Médicos, vigilarán el estado de salud de sus imponentes diagnosticando precozmente las siguientes enfermedades: T.B.C., Sífilis, reumatismo, enfermedades del corazón y de los riñones, como también las enfermedades derivadas del trabajo a saber: Antracosis, silicosis, anquilostomatosis y saturnismo. Se otorga al imponente el examen de medicina, los subsidios de reposo preventivo.

El sistema se financia con:

a) Aporte del empleador

1% del sueldo imponible

b) Aporte de las Cajas

2,5% de sus entradas brutas

II.- El D.S. Nº 1082/55 reglamenta la aplicación de la Ley 6.174, agrega a las patologías antes señaladas al Cáncer y al Glaucoma.

En su Art. 6º describe los derechos que se concede a los imponentes:

- a) Tratamiento gratuito.
- b) Examen de salud.
- c) Reposo preventivo total o parcial.
- d) Subsidio de reposo.
- e) Derecho a conservar el cargo.

El inciso 3º del Art. 26º estipula que el enfermo deberá realizar copagos antes ciertas prestaciones.

El cambio profundo se generó en el país con la creación de la A.F.P. y la fusión de las Cajas en el I.N.P., la promulgación de la Ley 16.744, la creación de las ISAPRE, determinó que a contar del 01.01.86 se derogará la Ley 6.174, salvo para los que estaban gozando de dicho reposo.

Los D.L. 3.500 y 3.501 no tienen normativas preventivas. La Ley 18.469 en su Art. 8º letra a), otorga gratuidad a los exámenes de medicina preventiva pero no a los tratamientos. La Ley 16.744 a su vez protege a los trabajadores de las enfermedades profesionales, como la Silicosis, dándoles cobertura.

Lo grave de esta situación es que nuestra población está envejeciendo y seguimos con planes especiales de tipo materno-infantil, ya que han cumplido sus metas con eficiencia. Es necesario escudriñar nuestro futuro y prevenir el cambio en la salud pública y el impacto económico que las siguientes enfermedades tendrán sobre el presupuesto familiar, institucional o de empresa y para el país.

Las enfermedades que nos provocarán problemas por su costo social y económico son:

- 1.- Cardiopatías quirúrgicas.
- 2.- Cáncer.
- 3.- Insuficiencia Renal Crónica.
- 4.- Sida.

Actualmente estas enfermedades reciben solo el subsidio por incapacidad laboral y en algunos casos medicamentos. El resto de las prestaciones se realizan según lo dispuesto en la Ley 18.469.

SOLUCIONES

1.- Seguros de Salud que cubran exámenes, hospitalizaciones y el 60% del costo de los medicamentos. Su costo individual es muy caro llegando al 17% de la renta mensual en el caso de un sueldo de \$ 80.000.

2.- De cargo del imponente: si consideramos que el ejercicio de las ISAPRE, con un alto costo de administración y también de las prestaciones arrojó un excedente de 5 mil millones de pesos en el año 1991, quiere decir que una parte de las cotizaciones de cada imponente debieran ser utilizadas para su Medicina Preventiva.

Dicho porcentaje debiera fluctuar entre el 0.5% y el 0.9%, creándose un Fondo especial para bonificar tratamientos, exámenes y hospitalizaciones debido a las enfermedades antes mencionadas.

Este fondo habría recaudado durante el año 1991 las siguientes cantidades:

- | | |
|------------|------------------|
| 1.- FONASA | 7.500 millones. |
| 2.- ISAPRE | 10.800 millones. |

Total 18.300.000.000.- que deben ser utilizados en:

- a) 10% Administración.
- b) Prestaciones según reglamento.
- c) Inversión en infraestructura, centros especializados, prevención, etc.

Cabe hacer notar que los gastos en bonificaciones y subsidios por incapacidad laboral tanto de las ISAPRE como de FONASA, disminuirían en un buen porcentaje, ya que la Medicina Preventiva cubriría gastos de exámenes y hospitalizaciones y las personas con enfermedades de carácter de irrecuperable jubilarían, disminuyendo los subsidios de incapacidad laboral.