



PROTECCIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL EN CHILE

Cesar Gattini
OCHISAP (*)
Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile
Octubre de 2017

Este documento sintetiza los aspectos relevantes del sistema de protección social y seguridad social, destacando las políticas sociales y los principales programas y beneficios. También incluye la protección y seguridad en salud. El sistema de protección y seguridad social en Chile es aportado por una red de gran diversidad de entidades participantes, que cubren múltiples temas y beneficios en la población.

POLÍTICAS SOCIALES

Chile destaca por el progreso que ha logrado en su desarrollo global, especialmente en las últimas décadas. El progreso productivo y económico del país ha sido complementado por un sólido desarrollo en políticas sociales, protección y seguridad social. Las políticas públicas sociales han contribuido a integrar el progreso económico con el desarrollo humano global, en aspectos como bienestar, calidad de vida, salud, empleo, educación, vivienda, trabajo, reducción de la pobreza y otros. (1-5) Entre otros aspectos, han permitido contribuir a la disminución de la pobreza total y extrema, y al mejor bienestar y calidad de vida, especialmente de los grupos más vulnerables y desprotegidos de la población. (6,8)

Como un indicador básico, destaca que la pobreza disminuyó de 38,6% a 14,4% entre 1990 y 2015, con un aumento importante del sector de estrato socioeconómico medio de la población que disponen de necesidades básicas mas cubiertas y mejor calidad de vida (aunque ante un mayor consumo y costo de vida). (1-3,9,10)

Entre los tipos de políticas públicas y sociales que favorecen la salud de la población destacan: a)

aquellas que influyen directamente en el sistema de salud; b) las que inciden en la labor intersectorial en torno a la salud pública; y c) aquellas que inciden en el progreso y calidad de vida, con mejores condiciones de los determinantes de la salud. (1,5)

Las políticas sociales en Chile tuvieron una emergencia más notoria desde comienzos del siglo XX, que ese fueron desarrollando en relación a las condiciones de vida y laborales de os trabajadores y a la cuestión social. Desde los 60s se buscó expandir la cobertura política de las políticas sociales, bajo un enfoque de bienestar universal. (1,2)

Desde mediados de los 70 y por diversas razones relacionadas con limitaciones económicas del Estado y con el modelo neoliberal adoptado (aún prevalente), la pobreza ha sido puesta como el foco principal de la política social. La protección social ha mostrado ser eficiente en cubrir a grupos más desprotegidos, pero es posible que no alcance a todos los que la necesiten. Desde 1990, se ha planteado un enfoque más integral de la protección social y con enfoque de derecho, con iniciativas como Chile Solidario y Chile Crece Contigo. (1,6)

(*) Capitulo del Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP), extraído y actualizado del documento **“Panorama y tendencias de la Salud en Chile. Revisión 2013”**. Cesar Gattini et al (2014). Disponible en: <http://www.ochisap.cl/>

Las políticas sociales redistributivas y los subsidios monetarios focalizados en la población más pobre y vulnerable constituyen una protección social efectiva. En el 2011, los hogares del decil de menores ingresos por decil de ingresos autónomos 2009-2011, tenían ingreso autónomo per cápita de sólo \$21.076 y tenían 36,5% de participación de subsidios monetarios en el ingreso monetario del hogar. Los hogares del decil superior de ingreso autónomo tenían ingreso autónomo per cápita de \$1.206.490 pero sólo recibían 0,1% de participación de subsidios monetarios (hay focalización efectiva en los más necesitados). (7)

Según estimaciones de la Fundación Sol, basadas en la información de Encuesta de Hogares Casen 2015, la pobreza según los ingresos totales corresponde a un 11,7% de la población. Pero si se consideran los ingresos autónomos, la pobreza alcanzaría a más de un cuarto de la población (26,9%). Gran parte de la diferencia entre ambas cifras corresponde al aporte de la protección social, con sus distintos mecanismos y subsidios directos e indirectos. (9)

La movilidad social y económica de grupos pobres hacia sectores medios no pobres les deja fuera de algunos beneficios focalizados (aunque aún pudiesen necesitarlos), mientras que mantienen relativa incapacidad de pago o acceso al mercado lucrativo para satisfacer necesidades, problemas de seguridad, o imprevistos laborales o de ingresos. Ello es más crítico en la atención de salud, que para responder a necesidades graves y complejas de asistencia sanitaria, se ha convertido en un servicio costoso que puede superar la capacidad de pago o copago al momento de uso. (10,15)

PROTECCIÓN SOCIAL

La protección social contiene una parte no contributiva, que en general corresponde a la asistencia estatal a la población y en especial a los más vulnerables y necesitados, y una parte que es contributiva (con contribución de sus afiliados) y que configura el seguro social. (4)

En 1990, el gasto público social total representaba el 11,9% del producto interno

bruto (PIB), lo que aumentó paulatinamente hasta alcanzar el 16,5% en 2009. En ese último año, destaca que el 6,3% correspondía a seguridad social, el 6,3% a educación y el 4,0% a salud. (4)

Chile ha logrado implementar un amplio sistema de protección social, basado en políticas públicas y sociales, en el sistema de la seguridad social (público y privado, formal e informal) y en un conjunto de programas enfocados en las necesidades de los más necesitados, en términos de solidaridad y justicia social, actualmente con un enfoque de rol subsidiario del Estado.

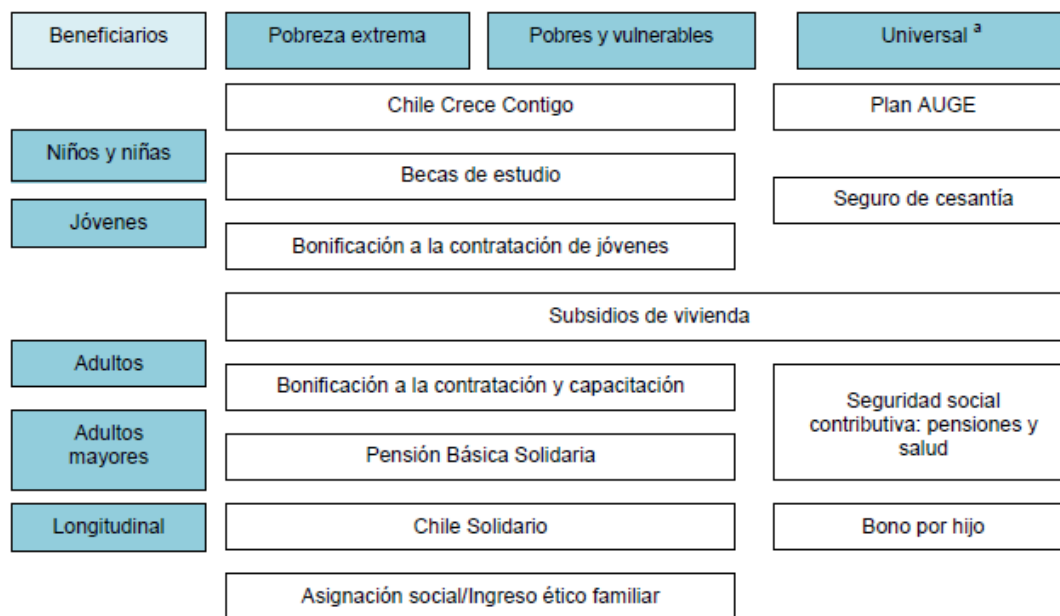
Diversos organismos gubernamentales y otros realizan abogacía, proponen políticas y lineamientos de acción para temas sensibles como género, pueblos originarios y otros. (4,6)

La protección social aporta una serie de factores positivos para promover el desarrollo humano y evitar que las carencias e inequidades en el ámbito socioeconómico puedan tener impacto negativo en la salud de aquellos grupos más vulnerables de la población, buscando prevenir y reducir la pobreza, desigualdad, exclusión e inseguridad social. Ello incluye asegurar el acceso efectivo y oportuno al sistema de salud (según las necesidades de cada persona), especialmente de aquellos que por motivos de pobreza y otros relacionados, puedan verse imposibilitados de tener una mejor salud.

El acceso de toda la población a un nivel adecuado de protección social es un derecho humano fundamental, mientras que el bienestar y la seguridad humana constituye la base para la paz social y un crecimiento económico exitoso y con equidad. El actual enfoque de la protección y seguridad social de Chile está en línea con la visión propuesta por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). (13)

Destaca que en 2004 se creó el programa Chile Solidario que tiene como objetivo una mejor coordinación de la red de protección social y de las políticas para la población más vulnerable. La figura 1 sintetiza los principales beneficiarios y programas sociales en Chile, en 2013 (18)

Figura 1. Red social Protege en Chile, 2013



Fuente: Robles C. sobre la base de los datos del Ministerio Secretaría General de Gobierno (2011) y C. Hardy, "Red Protege. Sistema de Protección Social en Chile 2006-2010" (4)

Bajo distintas posibilidades y alternativas, el Estado y la sociedad organizada en Chile procuran el progreso en el bienestar, las condiciones de vida y de seguridad humana de la población. Se produce una eventual dicotomía entre priorizar el desarrollo económico productivo o invertir en el mejor y más equitativo bienestar de la población. Hay períodos en que se ha dado un mayor énfasis y apoyo al desarrollo económico productivo del país (generar riqueza) que al bienestar y protección social equitativa, bajo el argumento que si la economía del país crece y hay mayor riqueza, ello redundará de modo suficiente en el desarrollo humano y bienestar de toda la población. (1-3)

Por sus características y énfasis prevalentes, es posible identificar cuatro períodos históricos:

1. Desde siglo XIX y hasta aproximadamente la década de los 30s y bajo el enfoque de Estado protector, se desarrollaron y fortalecieron políticas, programas y entidades relacionadas con la seguridad social y necesidades sociales de la población, especialmente la más desfavorecida. Destacan el desarrollo paulatino de

programas de seguridad y previsión social, salud y educación, en una época en que existía limitada organización del empleo formal, del sistema de seguridad social y con importantes necesidades sociales de los trabajadores y los diversos grupos socio-económicos de la población, especialmente los más pobres y vulnerables.

2. Desde aproximadamente 1925 hasta 1973, bajo un enfoque de Estado benefactor o de bienestar, se enfatizó el desarrollo de políticas sociales como empleo, subsidios y apoyo a organización de la comunidad. Los programas sociales era centralizados y verticales, y buscaban una cobertura universal. El Estado asume un rol creciente en el financiamiento, gestión y provisión de servicios sociales; ello demandó un gasto histórico creciente.

3. Desde 1973 a 1990, bajo un enfoque neoliberal y de Estado subsidiario, se enfatiza el crecimiento y productividad económica, con políticas que la favorecen, mientras que la política social es más relegada. El rol de Estado se reduce, el gasto social disminuye en forma importante y los

servicios de los programas se desconcentran al nivel local. Se buscó focalizar subsidios y programas en la población más desfavorecida, y privatizar los servicios sociales para los niveles económicos no pobres, incluyendo previsión social y salud. La protección social tuvo un cambio de énfasis, consistente con el modelo político y económico imperante entre 1973 y 1990, en que hubo desarrollo económico y globalización, con privatización de parte de la seguridad social. El Estado redujo su rol y adoptó un énfasis en el rol subsidiario (focalización para la asignación de subsidios y transferencias directas, según prioridades).

4. Desde 1990 y bajo el enfoque de un Estado integrador, se ha buscado balancear, integrar y complementar con las diversas políticas sociales y económicas. La expansión y fortalecimiento del sistema de protección social ha aumentado el gasto social. Dado que se mantiene la esencia del modelo político y económico instaurado desde los 70s, la expansión de programas y beneficios nominales de las nuevas políticas cuentan con limitaciones de financiamiento y de cobertura, con insuficiente complemento de sectores público y privado (especialmente en previsión social y seguros de salud).

Desde 1990, la protección social se ha fortalecido hacia un enfoque más integral, y es asumida como un derecho de la población, con énfasis en la eficiencia y focalización del gasto. Se han fortalecido las políticas sociales para hacerlas más amplias y de mejor calidad, con aumento de los derechos explícitos y protección ante situaciones como la enfermedad, la pobreza, el desempleo, la vejez y la discapacidad. (1-4,14)

EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El sistema de protección social en Chile cuenta con diversas estrategias y programas para prevenir y aliviar las condiciones de sufrimiento, vulnerabilidad y riesgo social y de salud que son debidos a diversas carencias, especialmente aquellas relacionadas con falta de

desarrollo socioeconómico y oportunidades de acceder a los beneficios sociales. Esa protección utiliza el sistema de la seguridad social en Chile y la red social de apoyo a los grupos de menores ingresos, más vulnerables socialmente, que no pueden acceder a los mecanismos tradicionales que la sociedad ofrece para el desarrollo humano y bienestar. (14-16)

El sistema de protección social en Chile busca generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, generando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso.

La Autoridad Sanitaria, representada por el Ministerio de Salud, participa del Área de Protección Social del gabinete gubernamental, el que involucra además a los Ministerios de Cultura, Educación, Planificación, Servicio Nacional de la Mujer, Trabajo y Vivienda, y que se encarga de articular y complementar los organismos públicos e impulsar servicios de mayor calidad para la atención de la población que se encuentre en situación de riesgo social. (4,14-16)

El sistema de protección social formal, que está especialmente bajo la responsabilidad rectora y de regulación del Estado, incluye una serie de políticas, programas y entidades que buscan cumplir con el objetivo de prevenir y proteger a la sociedad, en especial a grupos vulnerables dentro de ella, de los efectos de diversos riesgos, como es el caso de enfermedad, vejez, invalidez y desempleo, y de la falta de posibilidad propia de acceder a beneficios sociales (como educación, atención sanitaria, ingresos económicos). La función pública puede tener una modalidad de asistencia social (protección social no contributiva), de seguro social o seguridad social (protección social contributiva), y de protección de riesgos y personas vulnerables a ellos. En Chile existen esas tres modalidades. (1-3,11)

Cuadro 1. Principales programas o beneficios de la protección social en Chile

Función	Programas o Beneficios
Vejez	Pensión de Vejez. Pensión Asistencial de Vejez. Programas de Salud Pública. Programa de Salud Adulto Mayor. Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor. Programa de Atención Especial al Adulto Mayor en Vivienda. Bono bodas de oro.
Sobrevivencia	Pensión de Supervivencia. Pensión de Viudez. Pensión de Orfandad. Asignación por Muerte. Programas de Salud Pública.
Invalidez	Pensión de Invalidez. Programa de Capacitación para Discapacitados. Fondo Nacional de la Discapacidad. Programas de Salud Pública.
Accidentes y enfermedades profesionales	Pensiones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Invalidez. Pensiones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Viudez. Pensiones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Orfandad. Subsidios por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Indemnizaciones por Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales Ley 16.744.
Familia/Niñez	Subsidio Familiar (Recién Nacido y Madre Embarazada). Asignación Familiar. Subsidio de Reposo Maternal y Cuidado del Niño. Nuevo Posnatal Parental. Programas de Salud Pública. Asignación por Muerte. Programa de Alimentación Escolar.
Enfermedad	Programas de Salud Pública. Atención de Urgencia. Atención Primaria. Atención Secundaria.
Atención de la salud	Beneficios de Salud Preventiva y Obstetricia. Instituciones de Salud Previsional. Fondo Nacional de Salud. Programas de Inmunización. Programa de prevención de Enfermedades. Programa de Alimentación Complementaria. Programa de Prestaciones Complejas.
Desempleo	Subsidio de Cesantía. Seguro de Cesantía (Desde 2002). Programas de Empleo con Apoyo Fiscal. Programas de Generación de Empleo. Programas de Reinserción Laboral. Programa de Nivelación de Competencias Laborales. Programas de Reconversión Laboral.

	Nuevo subsidio a la mujer trabajadora.
Pobreza y exclusión social	Beneficios Permanentes (Salud, Educación, Vivienda, Subsidios). Beneficios Temporales (como Programa Chile Barrio, Programas Sociales de Capacitación, Programas de Becas y otros). Subsidios de Vivienda. Programas dirigidos a Grupos Vulnerables (Indígenas, Jóvenes, Niños, Mujeres). Bono solidario de alimentos.
Otros	Nuevo subsidio a la protección del patrimonio altiplánico. Nuevo subsidio habitacional para la clase media. Subsidio al transporte público nacional.

Fuente: Arenas A. y Benavides P. (2003) Protección social en Chile. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2000. OIT, Santiago 2003. Complementado DEIS. (10,16,17)

El cuadro 1 destaca algunas de las características básicas de los principales sistemas de protección y programas basados en la seguridad social: pensiones, invalidez y supervivencia, salud, accidentes de trabajo, y desempleo. El sistema público de pensiones de vejez es administrado por el Instituto Nacional de Previsión (INP) y el privado es administrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y se financia por cotización de 10% de salarios de los afiliados (o del Estado en caso de pensiones mínimas y pensiones asistenciales). (11,16,17)

Las mutuales de seguridad administran seguros de accidentes de trabajo, que pueden cubrir una pensión por invalidez y supervivencia en los trabajadores cotizantes, mientras que puede haber compra de seguro a familiares en caso de invalidez y supervivencia por parte del afiliado, y que son administrados por el Instituto de Seguridad Laboral (ISL) y AFP.

A su vez, la red de protección social del Gobierno de Chile incluye el trabajo coordinado de los diversos ministerios relacionados con la protección social, y tiene como base un conjunto de nueve programas y beneficios que cubren las principales necesidades de la población a lo largo de todo su ciclo vital:

- Chile Crece Contigo.
- Becas de educación escolar y superior.
- Subsidio a la contratación de jóvenes.
- Garantías explícitas de salud AUGE.
- Subsidios para la vivienda.
- Chile Solidario.
- Seguro de desempleo.

- Pensión Básica Solidaria.
- Bono por Hijo Nacido vivo o adoptado. (11,16,17)

En 2011, la pobreza total estimada en el país era de 14,4%, pero su prevalencia aumentaba en forma inversa con la edad. Mientras que en el grupo de adultos mayores de 65 años y más había 7,5% de pobreza, esta condición afectaba casi a la cuarta parte de los menores de 5 años (23,9%). Esta condición era mayor en los quintiles de hogares de menores ingresos. Por este motivo, se enfatizó la protección social de los niños, especialmente de hogares pobres y vulnerables. (4,23)

Por ello destaca la creación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, que incluye a los niños y niñas del país, de forma de acompañarlos y apoyarlos en su desarrollo, desde la gestación hasta que ingresen a educación preescolar y al sistema escolar. Chile Crece Contigo es el componente del Sistema de Protección Social que busca acompañar, proteger y apoyar integralmente a niños, niñas y sus familias con acciones y servicios de carácter universal, especialmente a través de los siguientes programas específicos: Programa de Apoyo al Recién Nacido; Ayudas técnicas para usuarios de Chile Crece Contigo; Sala cuna y jardín infantil gratuitos; Programa educativo masivo; Programa de apoyo al desarrollo bio-psicosocial; y Subsidio familiar. Desde 2005, se ha perfeccionado la Ficha de Protección Social, para orientar de una manera más justa a la red de beneficios sociales del Estado, que sea capaz de recoger los cambios experimentados por la pobreza, de identificar las distintas dimensiones que confluyen en ella, de

detectar a quienes viven situaciones de vulnerabilidad y de recabar información pertinente para la aplicación de los programas de protección social. (11,16,17)

El aporte dado por la protección social, que resulta predecible y estable en tiempos de relativa estabilidad económica, pudiera tener requerimiento radicalmente mayores en caso, por ejemplo, de una crisis económica con amplia repercusión en la población nacional (que pudiese provocar desempleo, pobreza, disminución de acceso a alimentos y otros bienes), por lo cual es importante adoptar mecanismos para enfrentar este tipo de situaciones. Es necesario el monitoreo y evaluación del grado en que las políticas y programas específicos de protección social están cubriendo de beneficios a todos aquellos que efectivamente los necesitan. Se requiere que los programas y beneficios se realicen con eficiencia y adecuada cobertura según derechos y necesidades de la población.

La orientación para el progreso y necesario fortalecimiento de la protección social puede ser encauzada por los tres objetivos principales que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) plantea: (a) aumentar la eficacia y extender la cobertura de los sistemas de seguridad social; (b) promover la protección de los trabajadores (condiciones de trabajo decentes, incluyendo salarios, tiempo laboral y salud y seguridad en el trabajo; y (c), promover la protección de grupos vulnerables (trabajadores migrantes y sus familias; y los trabajadores en la economía informal).

La acción necesaria para fortalecer la protección social se puede orientar por la iniciativa del Piso de Protección Social de las Naciones Unidas, que incluye: el acceso a transferencias sociales básicas y servicios sociales esenciales en las áreas de salud, agua y saneamiento, educación, alimentos, vivienda, e información sobre la vida y el ahorro de activos.

En línea con las recomendaciones de la OIT, los parámetros de progreso pueden incluir datos de la seguridad social, estadísticas e indicadores de acceso y uso de los beneficios contemplados en el

sistema de protección social, buscando continuar con la extensión de cobertura y fortalecimiento de la seguridad social, compatible con las normas de seguridad social de la OIT. Ello, tanto en forma universal cuando corresponda, o bien eficiente y eficazmente en los grupos más vulnerables y necesitados, cuando la protección social sea requerida por esos grupos.

SISTEMA PREVISIONAL

El sistema previsional se refiere al sistema de pensiones, para personas que ya no pueden generar ingresos ya sea por edad avanzada (vejez), discapacidad permanente (de invalidez) o fallecimiento de una de las personas que son fuentes principales de ingresos de una familia (sobrevivencia). El sistema de pensiones busca garantizar que las personas puedan llevar un estándar de vida similar entre la etapa laboral activa y el período de jubilación y eliminar la producción de pobreza por razones de vejez o invalidez. (19)

En 2015, se estimaba que dos tercios (64,3%) de la población eran activos por estar en edad de trabajar y no alcanzar aún la edad de jubilar. Se estimaba como población pasiva al 15,4% de menores de 15 años más el 20,4% del grupo considerado en edad de estar jubilado. (20)

El sistema de pensiones se organiza en base a tres pilares principales: (a) prevención de pobreza; (b) un pilar contributivo de naturaleza obligatoria; y (c) un pilar de ahorro voluntario. El pilar solidario no requiere de contribuciones al sistema y permite contar con una pensión básica solidaria (PBS), o bien un aporte previsional solidario (APS), que complementa a la pensión contributiva. (19)

En el pilar contributivo obligatorio, el fondo para la pensión se basa en capitalización financiera en cuentas individuales que son administradas por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), empresas financieras privadas constituidas como sociedades anónimas. La afiliación y cotización es obligatoria para los trabajadores dependientes y, a partir del 1 de enero de 2015, para los trabajadores

independientes que emiten boleta de honorarios y que superan cierto monto de renta imponible anual. La afiliación y cotización es voluntaria para trabajadores independientes (aquellos que no emiten boleta de honorarios o quienes realizan actividades no remuneradas). (19,20)

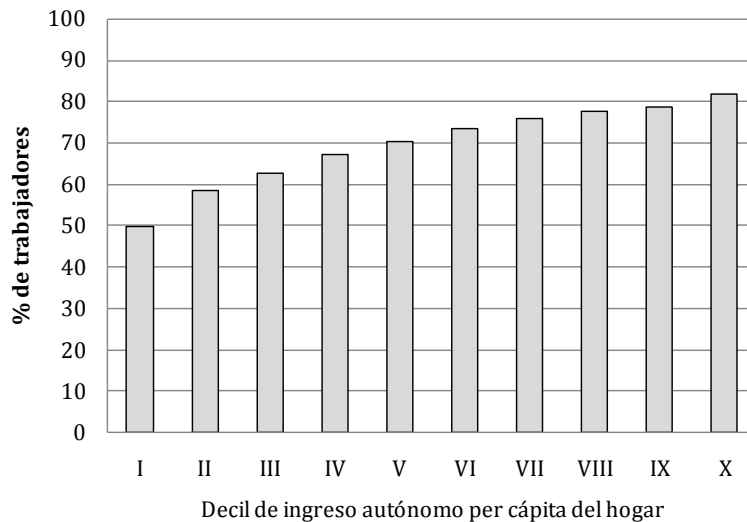
Para complementar ese ahorro individual obligatorio a través del sistema de AFP, existen incentivos tributarios para que las personas realicen aportes voluntarios a través de diversos mecanismos financieros (cuentas de ahorro previsional voluntario en las mismas AFP, fondos mutuos, seguros de vida con ahorro, y otros). El objetivo del pilar voluntario es complementar la cotización obligatoria para poder aumentar el monto de la pensión o bien anticipar la edad de pensión.

Para quienes estaban en las múltiples cajas de previsión existentes al momento de la reforma de

los 80s y que estaban pensionados en ese sistema o bien decidieron permanecer en el sistema público (y no cambiarse al sistema AFP), mantienen sus cotizaciones o pensiones bajo la administración del Instituto de Previsión Social (IPS). Los cotizantes de Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden tampoco pasaron al sistema de AFP y esas Cajas aún se mantienen activas (CAPREDENA y DIPRECA). (19)

En el 2015, el 69,3% de la población en edad de trabajar declaraba estar afiliado en una institución previsional de capitalización individual (76,3% de hombres y 63,3% de mujeres). La afiliación por edad era de 48,6% en el grupo de 15 a 29 años, 83,7% en el grupo de 30 a 44 años, 78,8% en el grupo de 45 a 59 años y 72,3% en el grupo de 60 y más años. (20)

Figura 1. Tasa de afiliación al sistema de pensiones* según decil de ingreso autónomo per cápita del hogar



Nota: Tasa de afiliación: Porcentaje de la población en edad de trabajar que declara estar afiliado en una institución previsional de capitalización individual con respecto al total de la población de 15 años ó más

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social. CASEN 2015 (20)

Ese año, el 53% de las personas en edad de jubilar en el quintil de mayor ingreso autónomo per cápita de hogares recibía pensión de vejez contributiva, pero eso sólo ocurría en el 12,9% del menor quintil de ingresos. A su vez, la

jubilación en el quintil de mayor ingreso, alcanzaba a 512,5 mil pesos, mientras que en el quintil de menores ingresos, la pensión sólo era de 114,5 mil pesos. (20)

La modalidad de AFP opera bajo un sistema de capitalización individual mientras que el IPS opera bajo un sistema tradicional de reparto de la seguridad social. En la capitalización individual, cada afiliado tiene una cuenta individual donde se depositan sus cotizaciones previsionales. Esos fondos individuales se capitalizan y ganan rentabilidad como inversiones bajo administración de la AFP escogida (lo que lleva a una activa y permanente competencia entre las AFP por lograr afiliados y fondos). Al término de la vida activa, la AFP devuelve al afiliado (o beneficiarios sobrevivientes) los fondos obtenidos bajo alguna de las modalidades de pensión.

En el sistema de reparto que utiliza el IPS, la cotización aportadas por los trabajadores va a un fondo común con el cual se financian las prestaciones, con cotizaciones indefinidas y beneficios definidos (independiente del aporte individual de cada trabajador). (19)

El Estado cumple un rol normativo (de legislación y normas), subsidiario y contralor del sistema, tanto para las AFP como IPS, para lo cual cuenta con entidades como el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, la Superintendencia de Pensiones y la Superintendencias de Valores y Seguros.

La Pensión Básica Solidaria (PBS) es otorgada a personas que no tienen derecho a pensión de algún régimen previsional, una vez que cumplan 65 años de edad y tengan requisitos de afluencia y residencia en el país. El Aporte Previsional Solidario (APS) complementa las pensiones que están bajo un cierto nivel considerado mínimo. (19)

Grupos relevantes para el análisis de jubilaciones y pensiones

- Población en Edad de Trabajar: Personas de 15 años o más.
- Población en edad de jubilar: Hombres de 65 años o más y mujeres de 60 años o más.
- Fuerza de Trabajo o Población Económicamente Activa: Personas de 15 años y más que durante el período de referencia de

la encuesta se encontraban trabajando (semana anterior a la realización de la encuesta) o buscando activamente trabajo (últimas cuatro semanas anteriores a la realización de la encuesta), esto es, ocupados y desocupados.

- Beneficiarios de jubilación o pensión de vejez: Hombres mayores de 64 años y mujeres mayores de 59 años que reciben jubilación o pensión de vejez del sistema contributivo.
- Beneficiarios Montepío o pensión de viudez: Personas que reciben ingresos por montepío o pensión de viudez del sistema contributivo.
- Beneficiarios Pensión Básica Solidaria (PBS) de vejez: Hombres y mujeres de 65 años o más que reciben pensión básica solidaria de vejez entre 2009 y 2015.
- Beneficiarios Aporte Previsional Solidario (APS): Hombres y mujeres de 65 años o más que reciben aporte previsional solidario entre 2009 y 2015.
- Beneficiarios de Pensiones de Invalidez: Personas mayores de 14 años y menores de 65 años que reciben Pensión de Invalidez del sistema contributivo.
- Beneficiarios Pensión Básica Solidaria de Invalidez: Personas mayores de 17 años y menores de 65 años que reciben Pensión Básica Solidaria de Invalidez. (19)

En el 2015, el 62,7% de la población en edad de jubilar no trabajaba y recibía jubilación o pensión de vejez (contributiva o no contributiva); el 13,0% trabajaba y recibía pensión o jubilación; el 8,0% trabajaba y no recibía jubilación o pensión; mientras que el 15,5% restante no trabajaba ni recibía pensión o jubilación. (20)

LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

El sistema de protección social en salud de Chile forma parte del sistema de protección social global, el cual busca establecer condiciones de seguridad a las personas, garantizándoles derechos sociales que les permitan finalmente reducir los riesgos en temas como empleo, salud, educación y previsión. Entre sus objetivos

planea la búsqueda de condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso. La autoridad sanitaria, representada por el Ministerio de Salud, participa del Área de Protección Social del gabinete, que involucra además a los Ministerios de Cultura, Educación, Planificación, Servicio Nacional de la Mujer, Trabajo y Vivienda, y que se encarga de articular y complementar los organismos públicos e impulsar servicios de mayor calidad para la atención de la población que se encuentre en situación de riesgo social. (22,23)

La protección social en salud se apoya preferentemente en el aseguramiento de aspectos cruciales como prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, los accidentes del trabajo y enfermedades laborales, y los accidentes escolares. También incluye un amplio rango de programas y prestaciones de salud pública; muchos de ellos enfocados en la población pobre y con mayor necesidad.

Su paulatino desarrollo histórico ha estado enmarcado en el desarrollo global de la protección y aseguramiento social, lo que a su vez ha sido influido por el énfasis político y económico predominante y el rol que se ha otorgado al Estado en diversos períodos. La gran diversidad de programas refleja además la convivencia de diversos enfoques, destacando desde la acción estatal para asegurar la respuesta a los derechos de la ciudadanía (como el caso de del programa universal de vacunas o el sistema GES) al aseguramiento privado de riesgos en caso de temas y grupos de población específicos (enfermedad común por ISAPRE, trabajadores por mutuales de seguridad, riesgos de tránsito adicionales cubiertos por aseguradoras).

Este sistema se ha hecho bastante complejo, con gran diversidad de programas y beneficios, con distintos modos y fuentes específicas de financiamiento. Su paulatino desarrollo histórico ha estado enmarcado en el desarrollo global de las políticas sociales y de protección y aseguramiento social, lo que a su vez ha sido influido por el énfasis y estrategias políticas y económicas predominantes y el rol que se ha otorgado al Estado en diversos períodos.

La gran diversidad de programas refleja además la convivencia y sincretismo de diversos enfoques ideológicos (incluyendo el de “Estado de bienestar residual”), destacando por un lado la acción estatal para asegurar la respuesta a los derechos universales de la ciudadanía, garantizados por ley (como el caso del programa universal de vacunas o el sistema GES), y en otro extremo, el aseguramiento específico y privado de riesgos en caso de temas y grupos de población específicos (enfermedad común por ISAPRE, trabajadores por mutuales de seguridad, riesgos de tránsito adicionales cubiertos por aseguradoras). (6,21-23)

Entre 2001 y 2010, destaca el fortalecimiento y extensión del sistema de protección social en salud (especialmente focalizado en los grupos más vulnerables y necesitados), mayor aseguramiento al derecho a la salud mediante garantías explícitas exigibles para los ciudadanos (en una serie de patologías priorizadas), y mejoría en la atención y gestión en salud, mejorando la satisfacción usuaria. Esto se ha acompañado de un mayor apoyo de la regulación efectiva para el adecuado aseguramiento y provisión de servicios, hacia una mayor participación, solidaridad y equidad. (21-23)

La protección social en salud se apoya preferentemente en el aseguramiento para cubrir aspectos cruciales como prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades, los accidentes del trabajo y enfermedades laborales, y los accidentes escolares, destacando:

- Asistencia Médica: incluye la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria en la prevención, promoción y recuperación de la salud (tratamiento y rehabilitación).
- Prestaciones económicas de enfermedad: corresponde a bienes y servicios aportados en especies y dinero que se aplican a casos como ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.
- Prestaciones por accidente en el trabajo y enfermedad profesional: su objetivo es la protección al trabajador contra los accidentes

y enfermedades a los que está expuesto por sus condiciones de trabajo, incluyendo la atención médica necesaria y la protección mediante el pago de una pensión o subsidio mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento.

- Prestaciones de maternidad: incluye al conjunto de prestaciones de orden médico y económico que se otorgan por causa de la maternidad.

El aseguramiento global de salud se basa en los regímenes contributivos de Enfermedad Común y de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, que se organizan principalmente en tres sistemas específicos:

- El seguro público, en el Fondo Nacional de Salud, con características de un seguro de reparto. En 2011, cubría a tres cuartos de la población (76,2%).
- El sistema ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional), que agrupa a 13 entidades privadas que, en su mayoría, operan bajo un régimen de seguro individual. Tiene una cobertura de alrededor del 16,9% de la población (2011).
- El Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, que da cobertura de aseguramiento en salud a los funcionarios de todas las ramas de las fuerzas armadas y de orden, así como a sus familiares, bajo un esquema de seguro de reparto. Su cobertura representa alrededor del 2,4% de la población. (6,21-25)

Adicionalmente, el sistema de protección social en salud contempla prestaciones universales de prevención y promoción de salud bajo un régimen no contributivo, que incluye una serie de programas y prestaciones de salud pública, entre las cuales destacan:

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (niños, gestantes y adultos mayores).
- Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).
- Programas Básicos de Salud de las Personas.
- Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa.
- Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño.

- Programa de Salud del Niño, de la Mujer, del Adolescente, Salud Cardiovascular y del Adulto Mayor.
- Programa de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (GES).
- Programa Oportunidades de Atención y Reducción de Listas de Espera.
- Programa Prestaciones Complejas.
- Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas.
- Programa Salud Mental.
- Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Programas de Prevención del SIDA.
- Programas de Participación y Prevención de Salud.
- Programa Nacional de Cáncer Cérvico-uterino y de mamas.
- Programa de Salud Odontológica.
- Salud de los pueblos indígenas.
- Seguro Catastrófico (SC).
- Seguro Escolar de Accidentes.
- Programa Control de Emisión de Fuentes Fijas.
- Salud Ambiental.
- Inocuidad alimentaria. (11)

También hay prestaciones no contributivas de asistencia médica enfocadas en población vulnerable que son objeto prioritario de algunas políticas de protección social gubernamentales: beneficiarios de subsidios únicos familiares (SUF), pensiones asistenciales de vejez o invalidez (PASIS) y subsidios de cesantía; víctimas de la represión política (PRAIS); discapacitados mentales; migrantes; y población en extrema pobreza. La administración del financiamiento de su aseguramiento recae en el Fondo Nacional de Salud.

De manera complementaria, las contingencias y necesidades en salud derivadas de los accidentes de tránsito están sujetas a un sistema de aseguramiento obligatorio a todos los propietarios de vehículos motorizados del país. Además hay una oferta variada adicional de seguros de salud, complementarios y voluntarios, de administración privada. (6,21-25)

EL SEGURO OBLIGATORIO DE SALUD

Todo trabajador activo o pasivo está obligado a cotizar el 7% de sus ingresos imponibles para el financiamiento de su seguro de salud, pero con libertad en la elección entre opciones públicas y privadas. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) es el seguro público de salud mientras que las aseguradoras privadas son las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), o bien otras entidades aseguradoras de grupos específicos de afiliados, como en el caso de las Cajas de Previsión de Fuerzas Armadas y de Orden. En consistencia con los principios y marco normativo del sistema chileno de salud, existe gran amplitud de opciones para que los asegurados públicos y privados puedan optar a diversos tipos de centros asistenciales de salud, sean estos públicos o privados. (6, 19,24,25)

En 2011, el 76,2% de la población eran beneficiarias de FONASA (13,2 millones de personas), de los cuales sólo el 41,4% eran cotizantes. Por su parte el sistema ISAPRE concentra en sus beneficiarios el 16,9% de la Población de las cuales el 50,3% son cotizantes, el resto de la población el 6,9% corresponde a particulares y FF.AA. El 27,4% de cotizantes de FONASA son mayores de 60 años (grupo de edad donde se acumula paulatinamente mayor carga de enfermedad y necesidad de atención de salud), pero sólo 3,3% de los cotizantes de ISAPRE tiene ese rango de edad. (7,26)

Las cotizaciones representan alrededor de un tercio del gasto en salud y el gasto de bolsillo otro tercio (el restante proviene de aporte fiscal directo). El gasto de bolsillo puede significar una gran desprotección en personas de bajos recursos y contribuir a la inequidad, especialmente cuando hay gran desigualdad de ingreso, como en el caso chileno. (25)

La expectativa inicial sobre la cobertura de FONASA, en el modelo establecido en la década de 1980, asumía que bajo ámbito de crecimiento económico y privatización, este sistema previsional público sólo se enfocaría en las personas consideradas pobres y el resto optaría por adscribir la previsión privada de ISAPRE.

Sin embargo ello no ha ocurrido, por cuanto el nivel de aporte financiero requerido para acceder al mercado de la salud (gastos

previsionales, al momento de uso y en medicamentos) es bastante mayor al gasto necesario para acceder al consumo de otros bienes básicos (de menor costo). Después de cuatro décadas, más de tres cuartos de la población continúa adscrita a FONASA.

La cobertura de FONASA tiende a ser mayor en los grupos con menor nivel socioeconómico, superando el 90% en el decil de comunas con la población de menor nivel (decil 1); sin embargo, la cobertura de FONASA incluso supera el 50% en el decil de mayor nivel socioeconómico.

FONASA

FONASA es el continuador legal del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Es un servicio público, funcionalmente descentralizado, de ámbito nacional, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio.

Es el ente financiero público 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 de Salud, organismo del cual depende, a través de la Subsecretaría de Salud Pública, en los aspectos normativos y de política sanitaria en tanto que en lo relacionado a los derechos de los beneficiarios especialmente al Régimen de Garantías Explícitas en Salud es regulado por la Superintendencia de Salud.

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 a 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. (7,26)

FONASA funciona con un sistema de reparto, donde todos los beneficiarios cotizantes aportan el 7% de sus ingresos imponibles y acceden a un

Plan Único de Salud, independiente del aporte y condiciones de salud de cotizantes. Este sistema de seguro solidario está organizado sobre la base de un aporte obligatorio proporcional a los ingresos realizado por los trabajadores en actividad, con el que se forma un fondo, donde prima la solidaridad en la distribución, de acuerdo a las necesidades.

Los afiliados son catalogados en tramos (A-B-C-D) según su nivel de ingreso y les corresponde un copago diferencial al momento de uso, además permite determinar dos tipo de modalidad de atención al que pueden acceder los afiliados a FONASA: el modo institucional, que sólo puede acceder a los prestadores públicos, considerándose excepciones según la gestión de red asistencial o el modelo de libre elección para los tramos B-C-D que previo un copago -bono, puede acceder al sistema privado de prestaciones.

El Fondo Nacional de Salud, en su rol de protección social y de aseguramiento del acceso a la atención de salud, concede subsidios en proporción inversa a la capacidad de pago del resto de los afiliados, de acuerdo con cuatro grupos de ingreso (también hay diferencia según el número de familiares a cargo que tenga el cotizante):

- A. Población pobre, que no paga cotización y sólo tiene acceso al sistema público (SNSS) en forma gratuita.
- B. Población con ingresos inferiores a 1 salario mínimo, que paga la cotización y cuya atención pública es gratuita en el SNSS.
- C. Población con ingresos comprendidos entre 1 y 1,45 salarios mínimos, que debe abonar la cotización más un copago del 10 por ciento por recibir atención pública.
- D. Población con ingresos superiores a 1,45 salarios mínimos, que ha de abonar la cotización más un copago del 20 por ciento por recibir atención pública.

En la modalidad institucional de atención (uso de centros asistenciales del SNSS con copago según categoría FONASA), los afiliados tienen derecho a recibir el mismo tipo de prestaciones, independiente de condición de ingreso,

cotización o riesgo. La contribución (copago) respecto del valor determinado en el arancel de referencia del Régimen depende del tipo de beneficiario. Aquellos sin ingresos o con menos de uno y medio sueldo vital mensual, no están sujetos a copago; los que tengan ingresos entre uno y medio y dos sueldos vital mensual, deben realizar un copago equivalente al 10%; y los con ingresos superiores, un copago del 20%. No obstante, el monto máximo a pagar anual, independiente del número de eventos que tenga la persona y de su ingreso, es de hasta 3,5 remuneraciones anuales. Eso significa que los grupos de menor categoría e ingreso imponible (especialmente A y B) reciben prestaciones de mayor costo que las primas y pagos que realizan, por lo que hay una redistribución de recursos financieros (primas y pagos al momento de uso) de los afiliados de mayor ingreso a los de menos ingresos, y de los sanos a los enfermos, lo que contribuye a disminuir inequidad en acceso al sistema de salud. (17)

ISAPRE

El sector privado asegurador está constituido por las ISAPRES, empresas privadas de protección contra los riesgos para la salud, que administran la cotización obligatoria de los asalariados. Operan en base a un contrato individual de seguro de salud donde puede cotizar el 7% o más (voluntario) no excediendo las 4,2 UF mensuales. La prima del contrato esta determinado según edad, sexo y riesgo, lo que en muchos casos determina que poblaciones como mujeres en edad fértil, tercera edad u otros no puedan acceder a estos contratos, concentrándose finalmente en FONASA. Las ISAPRES pueden ser cerradas o abiertas.

Las ISAPRE fueron creadas en 1981 en el contexto de la reforma previsional y estructural del sistema de salud. Son entidades privadas que tienen como objeto la administración del Seguro Social de Salud Común, otorgando directamente las prestaciones y beneficios de salud o a través del financiamiento de las mismas a sus afiliados. Para ello pueden celebrar contratos de salud con personas, sean o no trabajadores, incorporando a otras personas que no son cargas familiares como "cargas

médicas” de los cotizantes. Estos contratos están basados en el riesgo individual, por lo cual el precio de su prima (o plan de salud) así como las prestaciones a que se tienen derecho varían entre los individuos.

En su origen, las ISAPRE se generaron como empresas de seguros de salud con fines de lucro en un contexto de economía competitiva de mercado, que no sólo ofrecían planes de seguro sino también contaban con redes de prestadores privados propias, llegando a alcanzar a mediados de los años 90 a cubrir casi el 25% de la población del país. No obstante, las características del mercado han forzado algunas modificaciones.

En general, las ISAPRE desarrollan planes de salud para ofrecerlos al mercado abierto, es decir, su mercado potencial son todas las personas o grupos familiares que puedan contratar un plan de salud. Por esas características, se las denomina ISAPRE abiertas. Todas ellas tienen fines de lucro, con la excepción de una relacionada con la Cámara Chilena de la Construcción, que reinvierte los excedentes. También existen las ISAPRE cerradas, ligadas por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas que, por lo general, se originan en los sistemas de bienestar y tienen como único mercado a la población de trabajadores y sus familias de la empresa que les da origen. En las ISAPRE cerradas la posibilidad de inscripción está limitada, en general, a personas que trabajan en una empresa o un sector económico determinado. Normalmente, el financiamiento de estas ISAPRES contempla no sólo la cotización de los trabajadores, sino también, aportes directos del empleador y distintas formas de subsidio por parte de las empresas matrices.

Existen 13 ISAPRE en operación, 7 abiertas y 6 cerradas. En las Isapres abiertas, la afiliación y planes de salud son de oferta pública, mientras que en las Isapres cerradas, las prestaciones a trabajadores pertenecen a una determinada empresa o institución

En enero de 2011, las ISAPRE abiertas poseían el 98,2% de los planes y cubren a un

96,9% del mercado de cotizantes. Las ISAPRE cerradas poseen el 1,8% de los planes restantes y cubren a un 3,1% de los cotizantes. (37,38) Cinco de las ISAPRES cubrían el 95% de los cotizantes y beneficiarios del sistema ISAPRE: Consalud (24%), Banmedica (21%), Cruz Blanca (20%), Colmena Golden Cross (16%) y Más Vida (14%). (27)

La cobertura de cotizantes ISAPRE es mayor en poblaciones jóvenes, en especial de 20 a 44 años de edad, mientras que FONASA tiene mayor cobertura en los grupos de edad mayor. Otras categorías de cobertura la constituyen principalmente el grupo de Fuerzas Armadas y de Orden.

Para los beneficiarios del sistema ISAPRE, la contribución (copago al momento de uso) es variable, y en general es de un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen y el monto máximo a pagar anual, independiente del número de eventos que tenga la persona, también es de 3,5 remuneraciones anuales.

La condición de aseguramiento privado de ISAPRE, y la mantención de sus afiliados y beneficiarios adscritos, se mantiene en relación al empleo formal y continuidad de cotizaciones requeridas en planes individuales. Ello está sujeto a la posibilidad de aportar las cotizaciones oportunamente, y responder a las alzas periódicas de planes. FONASA por otro lado, cumple con el rol de fondo de seguridad pública y además debe prestar beneficios a quienes no tienen empleo o capacidad suficiente para cotizar.

Ambos sistemas enfrentan un permanente desafío que es distinto: en el caso de ISAPRE, se busca retener o aumentar su número de cotizantes, lo que depende de que dicho cotizante tenga capacidad de pago de prima (por lo tanto empleado), y en el caso de FONASA debe responder a sus beneficiarios por un lado, pero a su vez aportar beneficios a quienes no trabajan, lo hacen muy esporádicamente (como empleos temporales o informales) y por lo tanto no contribuyen con cotizaciones que permitan asegurar el financiamiento adecuado de ese Fondo público. (24)

La población adscrita al sistema ISAPRE ha disminuido en los últimos años, en que han influido factores como la selección de cotizantes en que se ofrecen más altos planes de seguro a quienes tienen enfermedades preexistentes o mayor edad o riesgo de enfermar. En contraste, FONASA ha incrementado su población relacionada con una migración del sector privado al público y un aumento de la población chilena. FONASA es menor en el grupo de 20 a 44 años y aumenta progresivamente a grupos de mayor edad; en circunstancias que en grupo de mayor edad se concentran jubilados, con mayor carga de enfermedad y mayor necesidad de atención de salud. (26) Cabe destacar que en 2011 se eliminó la necesidad de cotizar en FONASA a los pensionados adultos mayores que tuviesen menores ingresos.

ASEGURAMIENTO EN PREVISIÓN DE FUERZAS ARMADAS Y DE ORDEN

El sistema de aseguramiento en salud dependiente del Ministerio de Defensa es cubierto por la Caja de Previsión de la Defensa Nacional, de las Fuerzas Armadas (CAPREDENA) y de Carabineros (DIPRECA) que en conjunto dan cobertura a un 2,4% de la población. En base a los sistemas específicos de salud de las diversas entidades de fuerzas armadas y policía, el Ministerio de Defensa estableció en 1996 el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas (FF.AA.), que contempla un Fondo de Medicina Curativa y Preventiva para atender las necesidades de salud del personal de las FF.AA. y sus cargas. Los centros asistenciales de las Fuerzas Armadas y de Orden son considerados públicos pero en general cubren sus beneficiarios específicos y además están abiertas al mercado de la atención de salud.

SEGUROS DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL

La protección y aseguramiento en salud laboral se basa en cotizaciones obligatorias de cargo de los empleadores, con recaudación efectuada por los administradores del seguro obligatorio contra accidentes del trabajo, que son las Mutuales de Seguridad (entidades privadas sin fines de lucro creadas en 1958) y el Instituto de Seguridad Laboral ISL (ex INP) (ley N° 16.744).

Los trabajadores cuyos empleadores estén afiliados a ISL pueden acceder a la atención de salud principalmente en los Servicios de Salud, sin perjuicio que puedan atenderse en centros privados en convenio con ISL, y los trabajadores cuyos empleadores estén afiliados a las Mutuales, acceden principalmente a la atención en sus propios centros médicos, sin perjuicio de que puedan atenderse en los Servicios de Salud. (6)

En lo que refiere a seguridad laboral, las empresas están obligadas a cotizar el 6,5% del ingreso imponible de sus trabajadores para un seguro por accidente y enfermedad laboral; éste tiene dos modalidades de administración: una dependiente del Estado, correspondiente al Instituto de Seguridad Laboral (ISL) en conjunto con los Servicios de Salud del país, y la administración privada de las Mutualidades de Empleadores, organismos sin fines de lucro, y otras administraciones delegadas.

Son funciones del ISL las prestaciones, pago de indemnizaciones y pensiones por invalidez, pero el pago de subsidios y las prestaciones médicas son otorgadas por los Servicios del SNS. En la actualidad existen tres mutualidades autorizadas para administrar el seguro laboral: Asociación Chilena de Seguridad (ACHS); Mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción (MSCCHC); y el Instituto de Seguridad del Trabajo (IST).

RÉGIMEN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES)

Como parte de una reforma iniciada en el año 2000, se creó el Régimen de Garantías en Salud, en base a la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas (GES/AUGE) (18). Este Régimen permite el acceso a cualquier centro público o privado que esté abierto al mercado, según lo que respalde la garantía explícita, para cada una de las enfermedades cubiertas por ese sistema. (19,28)

Desde el 2005, esta ley establece las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud

establecidas. En su cobertura, se ha definido una serie de problemas de salud priorizados que se han incorporado gradualmente y que representan más de 70% de la carga de enfermedad del país. (6,25)

La Garantía Explícita de Acceso se refiere a la garantía legal de poder recibir las actividades de salud, de acuerdo a las directrices que fije la Autoridad Sanitaria. Dichas directrices estarán vinculadas a grupos poblacionales y a la forma de entrar a una red de servicios de salud, condicionada por la capacidad de resolución y derivación de cada nivel. Cada Administrador de Plan deberá garantizar este acceso, intermediando o facilitando las relaciones entre los usuarios y los proveedores de Salud. La Garantía Explícita de Calidad se refiere al otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, por un prestador registrado o acreditado, bajo estándares y guías clínicas establecidas por la Autoridad Sanitaria.

La Garantía Explícita de Oportunidad implica un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determine el decreto ley correspondiente. Dicho plazo considerará, a lo menos, el tiempo en que la prestación deberá ser otorgada por el prestador de salud que corresponda en primer lugar; el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y, en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud deba otorgar la prestación con cargo a las instituciones antes señaladas.

La Garantía de Protección Financiera implica garantizar el financiamiento del plan de salud, con el fin de que todas las personas puedan acceder a las acciones y prestaciones del mismo, bajo condiciones explícitas de entrega y conocidas por todos. (28,29)

Con esta protección en términos del financiamiento, se pretende que la restricción para contribuir total o parcialmente a financiar las prestaciones necesarias no sea un obstáculo al acceso a los servicios, para que ni el

trabajador ni su familia caiga en la pobreza o se mantenga en ésta como resultado de afrontar el gasto de mantener, recuperar o rehabilitar su salud.

El Plan GES también tiene un componente de Salud Pública, que corresponde al conjunto sistemático de acciones de salud, consideradas "bienes de salud pública", destinadas a proteger la salud de las personas de los riesgos del ambiente y a promover comportamientos que mantengan sana a la población. Algunas de las acciones son de carácter ambiental, colectivo o poblacional y otras son aplicadas a los individuos, por ejemplo, vacunas. Este componente del plan se financia mediante aporte fiscal y es administrado por la autoridad sanitaria. Su ejecución está a cargo, en un ámbito sectorial o intersectorial, de instituciones Públicas y Privadas. (30)

Todas las patologías y problemas de salud no contemplados entre aquellos priorizados en el Plan GES se rigen por las condiciones de aseguramiento vigentes, que para el caso de los beneficiarios de FONASA forman parte del Régimen General de Garantías en Salud y para los beneficiarios de ISAPRE, constituyen el Plan Complementario (mínimo respecto de lo cubierto por el seguro público) y las prestaciones complementarias cubiertas por el plan individual de acuerdo a lo que la prima individual permita financiar.

La aplicación progresiva del Plan GES ha significado un importante cambio cultural no sólo en los beneficiarios y aseguradores, obligados a velar por el cumplimiento de las garantías explicitadas, sino que también por parte de los prestadores, apremiados a adecuar su oferta a los términos establecidos por los protocolos y guías clínicas definidos para cada uno de los problemas de salud garantizados. Se ha continuado aumentando la lista de las garantías explícitas, alcanzando 69 en 2010 y 80 en 2013. Desde 2010 se hacen esfuerzos adicionales para reducir al máximo las listas de espera de ese sistema. (29,30)

REASEGUROS PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

FONASA e ISAPRE han establecido subsistemas de reaseguro para cubrir las enfermedades catastróficas de sus beneficiarios. Previa a la entrada en vigencia del AUGE o GES, FONASA disponía de un Programa de Enfermedades Catastróficas y las ISAPRES otorgaban y entregaban Cobertura Adicional de Enfermedades Catastróficas (CAEC). Actualmente es complementaria al GES, ya sea en forma directa y excluyente. (19,25)

La CAEC es un beneficio adicional al plan de salud otorgado por algunas ISAPRES que permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta en un 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo, tanto hospitalarias como algunas ambulatorias, realizadas en el país. La CAEC cubre todas las prestaciones de carácter hospitalario que no se encuentren afectas por las Garantías Explícitas en Salud (GES), y excepcionalmente cubre también, algunas prestaciones ambulatorias. Para efectos de este beneficio, una enfermedad es considerada catastrófica cuando la suma de los copagos que genere, es decir, los montos a pagar por el afiliado, es superior a un deducible determinado, que depende de la cotización mensual que paga cada beneficiario por su plan de salud y corresponde a 30 veces dicho monto.

Existe además un Fondo de Compensación Solidaria entre instituciones, que tiene por objeto solidarizar los riesgos en salud entre los beneficiarios de las ISAPRES, con relación a los problemas de salud contenidos en el Decreto que aprueba las Garantías Explícitas en Salud. El Fondo compensa entre sí a las ISAPRES por la diferencia neta que se produzca entre la capacidad y la necesidad financiera. En el subsistema de las Fuerzas Armadas y de Orden, no existe un sistema de reaseguro o de compensación de riesgos que apoye la cobertura de enfermedades catastróficas, pero, este sistema cuenta con servicios de bienestar que funcionan como fondos solidarios y su acción directa se facilita a través de su propia red asistencial. (19,25)

REFERENCIAS

1. Larrañaga O. (2010) El Estado Bienestar en Chile: 1910 – 2010. Documento de Trabajo,

PNUD y Universidad de Chile; PNUD. Santiago, Marzo de 2010

2. Raczynsky D. (1994) Políticas sociales y programas de combate a la pobreza en Chile: Balance y desafíos. Estudios CIEPLAN 39, junio de 1994, pp. 9-73
3. Mesa-Lago C. (2008), Protección social en Chile: Reformas para mejorar la equidad, Revista Internacional del Trabajo Vol. 127 (2008) No. 4 OIT: 2008
4. Robles C. (2011) El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad CEPAL LC/W.428 Santiago: 2011
5. OMS (2008), Capítulo 8 Políticas públicas para la salud pública en Informe sobre la salud en el mundo 2008 La atención primaria de salud, más necesaria que nunca Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/es/>
6. Larrañaga O. (2010) “Las nuevas políticas de protección social en perspectiva histórica”. Documento de Trabajo PNUD 2010-4. Larrañaga O. y Contreras D. (Ed.). “Las nuevas políticas de protección social”. Área de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, PNUD, Santiago de Chile, 2010.
7. Ministerio de Desarrollo Social (2013), Informe de Política Social (IPOS) 2013. Disponible en <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2013/>
8. Arenas A. y Benavides P. (2003) Protección social en Chile. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2000. Oficina Internacional del Trabajo, Santiago: 2003
9. Durán G. y Kremerman M. (2017) Pobreza y la fragilidad del modelo chileno. Nuevos indicadores para el debate sobre pobreza. Ideas para el Buen Vivir. N°11. Julio de 2017
10. Espinoza V., Barozet E., María Luisa Méndez ML, (2012) Estratificación y movilidad social bajo un modelo neoliberal: El caso de Chile. Proyecto Desigualdades (Anillo SOC 12). Latindex No. 12, 2012. Disponible en www.desigualdades.cl
11. Fuente: PNUD (2013) Reducción de la pobreza y la desigualdad. PNUD en Chile. Disponible en: <http://www.pnud.cl/areas/ReduccionPobreza/datos-pobreza-en-Chile.asp> (acceso el 10.12.13)

12. MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile (2008), Financiamiento del sistema de salud en Chile
13. OIT (2011) Social protection floor for a fair and inclusive globalization. Report of the Advisory Group chaired by Michelle Bachelet. Convened by the ILO with the collaboration of the WHO. Disponible en: www.ilo.org
14. Red de Protección Social (2010), PROTEGE, Ministerio de Secretaría General de Gobierno. Disponible en www.redprotege.gov.cl
15. Consejo Asesor Presidencial Trabajo y Equidad (2008) Hacia un Chile justo: trabajo, salario, competitividad y equidad social. Informe final. Disponible en www.trabajoyequidad.cl
16. Ministerio de Desarrollo Social (2013) Información sobre protección social. Disponible en www.mideplan.cl
17. Arenas A. y Guzmán (2003) Política fiscal y protección social en Chile. Revista de la CEPAL 81. CEPAL Santiago, Diciembre de 2003. Págs 123-141.
18. Robles C. (2013) CEPAL –Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Chile. Colección Documentos de proyectos CEPAL Santiago de Chile Enero de 2013. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/2013/S2013036.pdf>
19. Superintendencia de Pensiones (2010) El Sistema chileno de Pensiones, Ed. Berstein S. Superintendencia de Pensiones Séptima Edición de febrero de 2010. Santiago de Chile
20. Ministerio del Desarrollo Social (2015) PREVISIÓN SOCIAL Síntesis de Resultados CASEN 2015. Ministerio del Desarrollo Social. Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CASEN_2015_Resultados_prevision_social.pdf
21. FONASA (2007), Protección Social en Salud en Chile. FONASA, Santiago: 2007
22. Gattini C. et al (2010) Salud en Chile 2010. Panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile. Oficina de OPS/OMS en Chile, Santiago: 2011
23. Ministerio del Desarrollo Social (2011), Informe de Política Social 2011. Disponible en: www.ministeriodesarrollosocial.cl
24. Gattini C. y Arteaga O. (2016). Teoría y práctica del aseguramiento privado de salud en Chile: brechas, consistencia y reforma pendiente. Tempus, actas de saúde colet, Brasflia, 10(1), 29-42, mar, 2016. Disponiblñe en: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1680>
25. Urriola R. (2006) “Chile: Protección social de la salud” Rev. Panam. Salud Pública/Pan Am J PublicHealth 20(4): 273-286, 2006
26. FONASA (2013) Boletín Estadístico de FONASA 2013. Disponible em www.fonasa.cl
27. MINSAL, Superintendencia de Salud y Asociación de Aseguradores de Chile (2008), Financiamiento del sistema de salud en Chile
28. Biblioteca del Congreso (2013) Ficha legal del Plan GES, actualizada al 4 de marzo de 2013. Acceso el 28.10.2017. Disponible en: [http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-\(ex-auge\)](http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/plan-ges-(ex-auge))
29. Escobar L. (2013) Garantías Explícitas de Salud (GES/AUGE) Superintendencia de Salud. Presentación PPT 22 de abril de 2013. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/portal/articles-8207_ppt_1.pdf
30. Ministerio de Salud de Chile (2010). Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010 Evaluación de final del período. Grado de cumplimiento de los Objetivos de Impacto.