Federación Médica de Chile
Trabajando por la salud de todos

SISTEMA MIXTO DE SALUD

Desafíos y propuestas en el marco de la elección presidencial

Una mirada desde la visión de los médicos de la salud privada

octubre , 2025

Introducción

La atención de salud en el sector privado en Chile hace tiempo que dejó de ser un modelo de atención elitista y restringido a sectores acomodados, transformándose en una modalidad de atención relevante para la población chilena, la que ya no solo está acotada a los usuarios del sistema de Isapres, sino que también para quienes están en Fonasa y/o cuentan con cualquier modelo de aseguramiento complementario.

El respaldo de esta afirmación está dado por los datos entregados públicamente por la Superintendencia de Salud, Fonasa y el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), indicadores que dan cuenta de que el año 2023 se realizaron más de 33 millones de atenciones médicas, representando el 52% de las atenciones a la población. Hoy, prácticamente el 100% de los afiliados a Isapres y cerca de 7 millones de afiliados a Fonasa, hacen uso regular de la atención ambulatoria en el sector privado y a través de los PAD de Fonasa -Pago Asociado a un Diagnóstico- en hospitalización, es decir, 10.8 millones de personas al año se atienden regularmente en el sector privado de salud. Al mismo tiempo, y considerando que unos de los problemas más graves de la población son los tiempos de espera para cirugías, en el sistema privado de salud se realizaron durante el 2023 más de 800 mil cirugías, que representan el 45.4 % de las intervenciones quirúrgicas efectuadas durante ese año, número que ha crecido en proporción a lo largo de los años. Si los usuarios del sector público no usaran prestadores privados para cirugías, la lista de espera sería el doble, en cambio, si se utilizara planificadamente esta capacidad, este podría resolver parte relevante de la lista de espera actual.

Otra variable importante que da cuenta del peso que implica actualmente la salud privada, es la oferta de días cama que alcanza al 22% del total nacional de camas disponibles, los exámenes diagnósticos representan el 40% y los procedimientos el 41% del total nacional realizado.

Estas cifras evidencian la importancia del sector en el funcionamiento del sistema de salud chileno; no obstante, surgen reiteradamente iniciativas que pueden afectar significativamente el funcionamiento y la estabilidad del sistema privado de salud, atendiendo los principios de calidad, accesibilidad y oportunidad.

El presente documento pretende, desde la mirada de los médicos que trabajamos en salud privada, exponer algunos puntos que en la discusión política generan incertidumbre en el mundo médico. A su vez, contribuye con ideas que buscan enriquecer el debate y eventualmente logren aportar antecedentes a los respectivos programas de las candidaturas presidenciales presentadas para dirigir los próximos 4 años en nuestro país, ya que una **política pública** errada afecta, no solo a quienes trabajamos en el sector, sino a la garantía ciudadana para ejercer el derecho de acceso a una salud de calidad y oportuna.

Antecedentes

Durante el proceso de discusión de la Ley Corta de Isapres, quedó claro que la crisis del sistema privado de salud es mucho más compleja que el financiamiento y no solo limitada a una mala regulación del modelo de Isapres. La desestabilización del sistema asegurador conlleva un riesgo importante para el sistema privado prestador, con el consecuente riesgo de pérdida de oferta de atención para los pacientes que regularmente se

atienden en centros de salud de dicho sistema y que no tienen posibilidad de ser tratados o atendidos en el sistema público de salud. Junto con la aprobación de la Ley Corta, que concede estabilidad financiera transitoria a las Isapres, se crea una nueva modalidad del Fonasa para sus afiliados, basada en el sistema privado prestador y asegurador. Al mismo tiempo, el parlamento manifestó su compromiso para entrar en la discusión de una reforma integral al sistema de salud chileno, lo cual tuvo respaldo de todos los sectores.

Reforma integral al sistema de salud

Tal como se expuso anteriormente, la iniciativa de avanzar hacia una reforma del sistema de salud fue el corolario con el que concluyó la comisión mixta de salud luego de la discusión donde se aprobó la Ley 21.674, llamada “Ley Corta de Isapres”. A partir de ese momento han sido dos las propuestas presentadas en torno a dicha iniciativa: una de parte del ejecutivo, elaborada en forma interna y que refleja el pensamiento del gobierno; y otra más amplia, emanada de un comité de expertos, fundamentalmente del mundo académico, transversal en cuanto a participación política, convocado por el senado y que contó con la participación de varias organizaciones de pacientes, funcionarios de la salud y médicos (la Federación Médica de Chile, entre estas), y que dio como resultado un documento que expone los principales aspectos que deben tratarse en una reforma al sistema de salud, constituyéndose en la base para que el Estado transite hacia una reforma integral y participativa del sistema de salud.

Nos llama la atención que ante la existencia de ambos documentos públicos, particularmente el emanado del comité de expertos (amplio y participativo), éste no haya sido considerado por los comandos de campaña de ninguna candidatura presidencial, ya que en ningún programa se ven expresadas las iniciativas para transitar hacia una modernización del sistema de salud en Chile; de hecho, todas las candidaturas han

evitado hablar de reformas y transformaciones, solo se han centrado en la solución de problemas inmediatos y graves, sin abordar los problemas de fondo que los generan, anticipando que en el futuro sigan sin resolverse.

Consideramos que cualquier iniciativa de reforma al sistema de salud chileno debe ser amplia y contar con la participación de todos los estamentos y sectores que forman parte del sistema de salud, tanto público como privado; debe considerar una metodología enfocada en detectar las fallas de ambos subsistemas y la manera de resolverlas, dejando afuera el sesgo ideológico. Como gremio expresamos nuestra disposición a formar parte de toda instancia destinada a cumplir el objetivo de una reforma justa para la población y mejorar el acceso a una salud oportuna y de alta calidad, sin poner en riesgo la actual oferta de atención.

Listas de espera

Las listas de espera son uno de los temas más relevantes para la población y deben ser abordadas en forma urgente, independiente del escenario político. Pese a las buenas intenciones declaradas en las diferentes candidaturas a la presidencia desde hace varias elecciones, no se ha visto ninguna iniciativa efectiva que haya dado solución a este problema. Aún más, las listas de espera aumentan sustantivamente con la reducción de la productividad en el sistema público, agravadas por el estallido social y luego por la pandemia, cuando se observó un incremento en la cantidad total de pacientes y en los días de espera, tanto para su evaluación por especialistas, como para la resolución quirúrgica en las patologías GES y no GES. (Ministerio de Salud 2025. Informe relativo a Glosa N°06 de la Ley de presupuesto 2024, correspondiente al cuarto trimestre).

El tema ha sido abordado por varios centros de estudios, universidades y gremios, los que analizan las causas del conjunto de listas de espera; mientras que el gobierno ha propuesto algunas líneas de

trabajo que hasta el momento no han generado un impacto significativo en su resolución, manteniendo una tendencia hacia la estabilización de los números previos a la pandemia. Se han realizado varios seminarios y simposios sobre este tema que reflejan la voluntad de contribuir a su solución, pero ha habido escasa recepción de las autoridades sectoriales, por lo que no se han traducido en una respuesta efectiva que haya generado impacto.

Desde nuestra perspectiva, los escasos avances que hemos notado en materia de resolución de las listas de espera han estado muy presentes al principio y final de cada gobierno, y hemos observado una opinión pública crítica sobre esta materia. La población percibe que no existe una política de Estado, de largo plazo, que se extienda más allá de los 4 años del respectivo gobierno, independiente del sector que sea. Lo más significativo que reconocemos hasta el momento es el seguimiento de los pacientes en listas de espera, el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y la existencia de sistemas de información interoperables en los diferentes niveles de complejidad; sin embargo, consideramos clave que también existan reformas estructurales, tales como separar el rol de las funciones de rectoría, financiamiento, regulación y prestación de servicios de salud. Se requiere una modernización del Fonasa a través de un cambio en su gobernanza, donde las políticas de trabajo se extiendan en el tiempo y no queden al alero de las intenciones de corto plazo particulares de cada gobierno.

La mayoría de los médicos que trabajan en salud privada han visto pacientes del sistema público en espera de atención por especialista, han diagnosticado e indicado tratamientos, pero a la hora de resolver, los pacientes se encuentran con barreras económicas o administrativas. La inexistencia de un canal formal de derivación desde el sistema privado al público y de un sistema que registre la evaluación y la prioridad para el tratamiento de los pacientes, (similar al de enfermedades de notificación obligatoria o como el Epivigila para el Covid), permitiría tener una base de

datos adecuada para licitar o gestionar la resolución de la patología del paciente.

De las publicaciones y propuestas en torno a la resolución de las listas de espera destacamos algunas que perfectamente pueden dar la pauta para que una nueva autoridad establezca una línea de trabajo en esta materia.

El gremio de las clínicas publicó un estudio en julio del 2025 que evalúa la capacidad del sector para contribuir en la resolución de las listas de espera, proyectado a nivel nacional y que da cuenta de la oferta de consultas, camas, pabellones y capacidad resolutiva del sector prestador privado de salud.

En mayo de 2025 se publicó un estudio realizado por 4 universidades (Pontificia Universidad Católica, Universidad de Chile, Universidad Andrés Bello y Universidad San Sebastián) a través de la llamada “Alianza Académica por una Salud Oportuna” en un documento llamado “Propuestas para gestionar oportunamente la salud de las personas”, que resume la visión académica basada en evidencia, establece una metodología de trabajo, propuestas distribuidas en tiempo y el grado de complejidad de implementación; que van desde medidas administrativas simples, hasta cambios estructurales en el sistema de salud con recursos financieros extras.

Por último, la propuesta del Colegio Médico de Chile que se basa en el incremento del aporte financiero, del recurso humano y del aumento de la productividad, considera tanto al sector público como el privado para resolver las listas de espera en 3 años, creando un “Consejo de Seguimiento” para evaluar el progreso de las medidas.

La suma de estas propuestas establece claramente un camino donde no es necesario inventar nada extraordinario. Existen insumos suficientes para formar mesas de trabajo con representación amplia y voluntad para avanzar. El análisis de estas propuestas refuerza la idea de una necesaria modernización, tanto del Fonasa, como del sistema de salud en su conjunto.

Como Federación Médica de Chile reiteramos nuestra voluntad de contribuir en representación de las y los médicos de la salud privada, para resolver esta situación que afecta la salud de nuestra población.

Reformas estructurales al Fonasa

Fonasa cumple 46 años de funcionamiento desde su creación. Su rol fundamental es desarrollar la administración y planificación presupuestaria de los recursos públicos de salud provenientes, tanto de las cotizaciones obligatorias como de los impuestos generales asignados al Ministerio de Salud, y que están incluidos en el presupuesto de salud general presentado cada año por el gobierno. Asimismo, Fonasa en su rol de asegurador administra dos modalidades de atención para sus beneficiarios: la Modalidad de Libre Elección (MLE) y la Modalidad de Atención Institucional (MAI).

A través de la MLE las personas pueden ser atendidas en el sistema público o privado de salud. La MLE de Fonasa desarrolla un rol de comprador de servicios de salud y asegurador de su cartera de beneficiarios; en cambio, con la MAI Fonasa sólo asigna y distribuye el presupuesto al sistema público, según define el Ministerio de Salud y no influye en la calidad y oportunidad de los servicios que reciben sus beneficiarios.

Las atribuciones de FONASA no quedan claras, ni suficientemente especificadas, en el DFL N°1 de la Ley Fonasa que definió su constitución y su actualización. Asimismo, no cuenta con una gobernanza acorde a los nuevos desafíos (que hoy se comprometen en el marco de sus atribuciones fiscalizadoras, de intermediación financiera y de diseño e implementación de mecanismos de pago, convenios y contratos) en que debe incurrir para cumplir su rol de asegurador. Tanto es así, que su rol como gestor financiero ha variado, de acuerdo al gobierno de turno, a un rol de asegurador público sin competencias para garantizar la calidad de la atención, y/o como un fondo solidario que lo exime de garantizar calidad y acceso libre a la salud privada, cuando sus beneficiarios lo necesitan (ejemplo listas de espera).

Uno de los mayores problemas para el sistema de salud es la inexistencia de reglas claras para los reajustes de los aranceles. La variabilidad de los reajustes en las prestaciones a lo largo del tiempo, que no obedece, por ejemplo, a la variación del IPC; de hecho, el reajuste de los aranceles Fonasa ha sido históricamente menor al alza del IPC. Evidentemente, esto se traduce en el deterioro progresivo del arancel base de FONASA, que perjudica a todo el sistema de salud, público y privado. El sistema público debe endeudarse para cumplir con sus obligaciones y, el sistema privado, no atendiendo por Modalidad Libre Elección de Fonasa o también viendo rebajada la cobertura de las ISAPRES. Por otro lado, la incorporación de nuevas prestaciones o tecnologías no tiene un mecanismo de evaluación conocido, público y transparente en FONASA, que permita ir modernizando la atención de salud.

Las limitaciones en la autoridad y el desempeño de Fonasa como asegurador público se deben, en gran medida, a una estructura muy débil que, en la práctica, limita su funcionamiento como un servicio autónomo, responsable del financiamiento sectorial en salud. Fonasa carece no solo de las atribuciones necesarias, sino que también de autonomía, dado que está subordinada a los cambios de cada gobierno, incluyendo la compleja

contingencia durante toda administración. Asimismo, la dirección de Fonasa carece de la autoridad político-administrativa para ejercer sus funciones en el marco legal que se le otorga.

La situación del FONASA fue abordada por el Comité de Expertos del Senado, en su propuesta para una reforma integral al sistema de salud, instancia en la que la Federación Médica de Chile participó. Dicho comité recomendó un cambio en la gobernanza de Fonasa que incluye la modificación de su status legal como institución pública, incorporando un Consejo Directivo o de Administración General de Fonasa; con atribuciones plenas para su direccionamiento estratégico y operacional; con líneas generales de funcionamiento similares a la Comisión del Mercado Financiero, o el Banco Central, incluyendo independencia jerárquica del Poder Ejecutivo; pero con las necesarias instancias de coordinación con la política pública sanitaria del país.

No obstante, el cambio más significativo que ha sufrido Fonasa a lo largo de su historia ha sido la creación de la Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC), que establece una nueva forma de financiamiento de salud, impone una carga administrativa muy relevante y diferente a la que Fonasa está habituada desde su creación. Esto nos genera el cuestionamiento sobre la capacidad operativa de Fonasa para soportar la carga que el nuevo requerimiento impone. El cual, además, se establece como un sistema que predomina en la relación entre los usuarios de Fonasa y el sistema privado de salud por sobre la MLE. En nuestra opinión, esto debería enmarcarse en una reforma estructural de Fonasa, para darle sustento y base en el tiempo.

Modalidad de Cobertura Complementaria (MCC)

Como mencionamos, la creación de la MCC corresponde al cambio más significativo de Fonasa y probablemente el mayor cambio en cuanto

a políticas de salud en los últimos 20 años, después del GES-AUGE. Se crea junto con la Ley Corta de Isapres y su fundamento se basa en un conjunto de principios teóricos e indicadores de salud, como el gasto de bolsillo de los pacientes Fonasa y usuarios del sistema privado de salud.

El MCC de Fonasa se crea frente a un escenario incierto sobre el futuro de las Isapres y para otorgar una opción a los afiliados de Isapres que optaron por trasladarse a Fonasa, tras la crisis creada por los dictámenes judiciales universales por los reajustes de planes de salud de las ISAPRE. En la práctica, más de 700.000 personas se cambiaron a Fonasa en los últimos 2,5 años. Esta nueva modalidad, la MCC, diferente de la MLE, se basa en una red cerrada de prestadores con un modelo basado en la compra de soluciones a problemas de salud, utilizando como herramienta de pago a prestadores, el "GRD" o Grupos Relacionados a Diagnósticos (mecanismo que integra el problema de salud, la solución y el riesgo), estableciendo un Precio Base fijo para todos los centros de salud privada y utilizando una base de datos denominada "IR GRD", sigla en inglés por International Refined Diagnosis Related Groups, que incluye un factor de multiplicación del precio base denominado Peso Relativo, para distinguir pacientes con diferente carga de enfermedad y riesgo, por ende con diferente costo.

Como herramienta de gestión y pago a prestadores públicos, el GRD tiene amplio respaldo internacional y se ocupa en varios países, incluyendo Chile, para la gestión de recursos en el sistema nacional de servicios de salud, y para la compra de soluciones entre el sistema público y el privado. La experiencia en nuestro país se basa principalmente en casos de urgencia para un segundo prestador, y en la compra mediante licitaciones públicas de listas de espera, por parte del sistema privado.

Creemos que este modelo está acorde con los objetivos de lograr una mayor integración entre los aseguradores (compradores) con los oferentes (prestadores de servicios); incorporando incentivos para que se alineen y

busquen soluciones costo efectivas, que produzcan mayor impacto y controlen el aumento de costos que genera el modelo de compra de servicios a libre disposición.

No obstante lo anterior, hemos levantado alertas en relación al modelo y particularmente a la utilización del GRD como herramienta de pago ya que, si el propósito es innovar en forma tan profunda en el funcionamiento del sistema de salud, esperamos que sea en beneficio de las personas y no derive en efectos indeseados, que afectarán a las instituciones y trabajadores del sistema privado de salud y que, a la larga, perjudicarán a los pacientes. Lo anterior podría incidir en la accesibilidad y calidad de los servicios que estos reciben y, lo que es peor, deslegitimar una herramienta de gestión clave como es el GRD que, mal aplicado, puede generar grandes pérdidas.

En este sentido, proponemos realizar un proceso de transición adecuado y con el plazo correcto. Como ejemplo, en el sistema público se comenzó a aplicar desde el 2015, y aún no se logra completar dicha transición. Los principales elementos que creemos que deben considerarse son los siguientes:

- Los estudios preliminares en las clínicas que integran la Federación Médica de Chile, todas de alta complejidad, indican que existió, en la primera licitación que se declaró desierta, una subvaloración de las prestaciones incluidas en el arancel. Principalmente, en aquellos GRD con mayor carga de enfermedad y que requieren hospitalizaciones más prolongadas, con elevadas pérdidas para los prestadores involucrados por el total de pacientes derivados bajo este mecanismo.

- Cada centro de salud debe hacer un conjunto de cambios administrativos, tales como codificadores entrenados para el volumen de pacientes que se estima que van a ser tratados bajo esta modalidad. La adecuada codificación se basa en registros muy detallados en las fichas clínicas por parte de todos los estamentos. Se ha demostrado, en la experiencia mundial, que una fuente de pérdida de recursos para los centros de salud, es la deficiente categorización del GRD y codificación de las prestaciones realizadas y, a su vez, el correspondiente Peso Relativo. Una implementación por decreto, sin los tiempos adecuados para su estructuración, pueden llevar a la caída de un centro de salud o a una baja participación de estos. Aquí lo relevante es el diseño de una buena transición entre modelos, de manera de ajustar las condiciones de estructura y administración dentro de las instituciones de salud, y el tiempo adecuado para que los profesionales adopten el sistema. Es decir, generar los cambios estructurales y organizacionales en los plazos apropiados para que este sistema tenga éxito.
- Basados en la experiencia internacional, la posibilidad de un centro de salud privado de obtener utilidades a través de este sistema, se basa en la capacidad de negociar el precio base o de optar por un precio base diferenciado (o por tramos de precio base); por la calidad de atención; por el historial de resultados y, por el costo-efectividad de los servicios que cada prestador ofrece; lo cual, por razones obvias, no está presente en el modelo propuesto actualmente por Fonasa, ya que no hay historial. Aquí, nuevamente, es necesaria una transición que permita registrar muy bien la experiencia, a través de un sistema transparente, para que en un plazo razonablemente corto, se avance hacia un modelo más sano que estimule la competencia por calidad y costo-efectividad.

- Incertidumbre en los tiempos de pago: cada GRD debe tener una doble auditoría, la del propio centro de salud, para la correcta codificación; y, la de Fonasa, que con este modelo, se transforma en un auditor previo al pago. La incertidumbre se genera respecto de la capacidad administrativa de Fonasa para responder a tiempo con su obligación de pago oportuno a los centros de salud, evitando crisis financieras que pongan en peligro la operación de los centros adscritos.
- Desde el punto de vista de los médicos no hay claridad de la valorización del trabajo médico, dado que los aranceles de honorarios médicos están incluidos dentro de la valorización del GRD de la patología, y no están contemplados como un ítem independiente, quedando reducidos a “gasto del centro de salud”. Esto implica que los grupos médicos deberán **negociar en forma local** la valorización de sus honorarios por prestación realizada en cada GRD. Esto genera un nuevo flanco para las clínicas: ajustar la producción con aranceles más bajos, donde la variable de ajuste corresponde al precio de los insumos, el honorario médico y los sueldos del personal. Bajo esta perspectiva, no existe experiencia suficiente, ni capacidad de organización, que permita un razonable equilibrio entre los honorarios médicos y los de la clínica, en función de los aportes reales de cada uno en una sociedad virtuosa; en que ambos estén alineados en la búsqueda de los mismos objetivos de calidad y costo-efectividad. Sería deseable que exista una recomendación de “participación porcentual” de los profesionales en el GRD.
- Estamos próximos a una nueva licitación, por lo que consideramos relevante mencionar, al menos, dos aspectos clave que se deben

tener en cuenta, desde la perspectiva de los prestadores, para un eventual éxito en esta:

- Una valorización real que permita mantener los estándares actuales de calidad y resolución que ofrecen las clínicas.
- Un mecanismo que permita la contención de aquellos pacientes que, por su complejidad y comorbilidad, prolongue la necesidad de mantener su tratamiento hospitalizados (mecanismo conocido en el mundo de los seguros como “stop loss”).

- En los países donde existe mayor experiencia en la aplicación de GRD, como herramienta de pago a prestadores institucionales, la relación de las instituciones de salud con los grupos médicos ha migrado desde una relación de servicios a la contratación; donde los grandes hospitales privados acceden a grupos médicos de mayor experiencia y que hayan demostrado su eficiencia en indicadores claves para el GRD; como utilización de recursos, días cama por patología, complicaciones quirúrgicas, etc. Se hace difícil predecir cuál va a ser el impacto en el mundo médico; no obstante, seguramente, afectará la provisión de profesionales altamente capacitados, particularmente en hospitales de alta complejidad del sistema público de salud.

Nuevamente la falta de una verdadera y bien diseñada transición, es la principal debilidad de este proyecto de reforma; ya que, como es parcial, no se introduce en aquellas reformas estructurales que podrían generar a futuro una real competencia entre ambos subsectores: público y privado.

Como Federación Médica de Chile consideramos que debe existir un proceso más participativo para la implementación de esta modalidad, que

debiera integrar a los prestadores de salud para atender a la totalidad de la población. Una mala implementación puede afectar la calidad de la atención. Como en cada uno de los ítems mencionados en el presente documento, reiteramos nuestra disposición a participar en cualquier instancia que permita darle viabilidad al modelo.

Licencias médicas

La licencia médica es, ante todo, un acto médico destinado a ofrecer el reposo necesario para la recuperación de un paciente ante una enfermedad. Está basado en el conocimiento, la experiencia profesional y las condiciones de salud del paciente y su trabajo. La extrema variabilidad de las condiciones clínicas de los pacientes, y sus condiciones sociales y laborales, hacen que la estandarización de días y nivel de reposo sea una tarea difícil, pero no imposible. Hoy todas estas dimensiones quedan casi al completo criterio profesional y fuertemente asociado a la relación médico-paciente, generando situaciones difíciles de evaluar, prestándose para que, frente a situaciones similares, se produzcan soluciones completamente diferentes, lo que afecta al sistema. Lo mismo sucede con las fiscalizaciones con diversos criterios que incrementan las presiones de los pacientes sobre los profesionales que otorgan licencias médicas. Aquí aplica el principio de que una buena regulación basada en criterios técnicos serios y debidamente socializada, favorezca una buena relación médico paciente y permita a la vez una mayor independencia de estos profesionales.

La respuesta inicial luego de la publicación de la nueva regulación de las licencias médicas sobre el uso indebido de esta herramienta, redunda en la imposición de reglas de fiscalización a profesionales que no lograron controlar el uso indebido y, al contrario, provocó que personas genuinamente enfermas no contaran con este beneficio oportunamente para lograr su recuperación.

Como gremio apoyamos la fiscalización y el establecimiento de mecanismos adecuados para fiscalizar; la creación de canales de comunicación con los órganos reguladores para facilitar el argumento del reposo; y, especialmente, evaluar y contribuir en el cambio normativo que permita la modernización del sistema de licencias médicas y del Subsidio de Incapacidad Laboral.

Dentro de las propuestas que se han formulado por diversos organismos académicos y gremiales destacamos y compartimos:

En el ámbito médico:

- Mejorar las competencias en la emisión de licencias médicas en Chile, mediante el fortalecimiento de la enseñanza en materias de seguridad social, hoy ausentes en las mallas curriculares en la carrera de medicina; incorporándose al Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina (Eunacom); y, creando capacitaciones obligatorias para los profesionales que se desempeñen tanto en el sistema público como privado.

- La creación de orientaciones referenciales o protocolos sobre días de reposo por patología y por procedimientos quirúrgicos; además de definir criterios claros para la extensión de las licencias médicas bajo condiciones específicas y claramente estipuladas. Además, proponemos un ítem dentro del formulario de licencia médica, (referido a la extensión de la licencia médica) a fin de facilitar la labor fiscalizadora mediante la posibilidad de subir imágenes, documentos y exámenes. Sin esperar que se solicite mayor información por parte de la entidad fiscalizadora.
- Es necesario para las y los profesionales contar con el historial de licencias médicas de los pacientes, en la práctica clínica.

Especialmente en un ambiente con alta carga asistencial, es complejo detectar el comportamiento de algunas personas que buscan en múltiples consultas, tanto privadas como públicas, para sacar provecho del sistema.

- Frente a casos de patologías que requieren tiempo prolongado de reposo, es necesaria la fiscalización pericial obligatoria. Esta puede ser a través de peritos destinados para el caso, o especialistas que actúen como segundas opiniones avaladas por los órganos regulatorios, y que puedan ser propuestos por las sociedades científicas de especialistas, o por las entidades gremiales como el Colegio Médico de Chile y la Federación Médica de Chile. Sin duda, contar con el respaldo de los pares para un reposo prolongado, alivia la carga frente a un caso que pueda generar una fiscalización. En este sentido, la definición de tiempo prolongado de reposo puede ser variable dependiendo del diagnóstico y la evolución, en este sentido puede considerarse la posibilidad de que el propio médico tratante solicite la evaluación pericial.
- Es necesario educar a los pacientes sobre las responsabilidades que implican un reposo por enfermedad, por lo que apoyamos las propuestas presentadas sobre el envío de información automática, o la entrega de folletos sobre su responsabilidad como paciente en reposo, mediante entrega automática junto al comprobante de licencia médica que se imprime.
- Se debe considerar el diseño de modalidades flexibles para el reposo, dejando espacio para combinar periodos de descanso con sesiones terapéuticas.

En el ámbito de la regulación:

- Es necesario separar el ámbito del aseguramiento en salud del subsidio de incapacidad laboral; incluso estudiar la posibilidad de trasladar desde las cuentas de salud el gasto del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) a las del sector trabajo y/o protección social, con el fin de que no compita directamente con el gasto en prestaciones de salud. Lo anterior permitiría homologar plazos de tramitación e igualdad de trato, independientemente del modelo de aseguramiento, ya sea público o privado, con sanciones establecidas si los plazos no se cumplen.
- Establecer que el porcentaje de cobertura del subsidio debiera ser decreciente en el tiempo, hasta empalmar con una tasa de reemplazo de la renta imponible del trabajador de un 70%. Realizado lo anterior, eliminar los 3 días de carencia para licencias de 10 días o menos.
- Prohibir la emisión de licencias médicas desde el extranjero y la auto emisión de licencias.
- Facultar al ministerio público para ordenar a las fiscalías las investigaciones en casos de sospechas o denuncias sobre venta de licencias falsas o suplantaciones de identidad de médicos. Ya sea en la emisión, o en el uso de la imagen personal o institucional para dicha venta, abriendo un canal de denuncias por este motivo.

Conclusión.

Existen desafíos complejos que se deben resolver en materia de salud. Control de costos, listas de espera, modernización del sistema, licencias médicas y subsidio de incapacidad laboral y acceso a la salud de la población, son algunos de los aspectos expuestos. Esperamos que este documento sea un aporte para la discusión y permita que esta materia sea abordada de una manera justa y participativa. Una política pública deficiente pone en riesgo la salud de la población. Buscamos, como gremio, que se logre el adecuado equilibrio entre un sistema de salud público y un sector privado que complemente un sistema en congruencia con el beneficio de la población.

Como Federación Médica nos ponemos a disposición para trabajar en ese objetivo con el Ejecutivo, el Congreso, la Academia, los Centros de Estudios y Asociaciones, para mejorar nuestro sistema de salud y el acceso a atención de la población.

Federación Médica de Chile