

**UNIVERSIDAD ACADEMIA
DE HUMANISMO CRISTIANO**

tradición de pensamiento crítico

Autónoma



**BENEFICIO ENTREGADO POR EL ESTADO PARA LA ATENCION EN
SALUD PRIMARIA, CON RESPECTO A LA TARJETA DE GRATUIDAD**

Profesor guía: Sr. Roberto Mardones

Alumnos: Srta. Fernanda Cabello Orellana
Sr. Manuel Calderón Reyes.
Srta. Ruth Inostroza Albornoz
Sra. Rebeca Jalaf Santibáñez.

Santiago, 2003

Dedicatorias

Dedico este logro a quienes forjaron mi caminar por la senda del bien, mis padres, señor Luis Inostroza y señora Audina Albornoz (Q.E.P.D.), y, por sobretodo a él, a Jesús, mi fiel compañero de largas y agotadoras jornadas, pues cuando sentí el cansancio y la fatiga él siempre me fortaleció. Hoy, puedo ver cumplido mi sueño, un maravilloso sueño hecho realidad.

Con todo esto, agradezco a Jesús por lo que he sido, por lo que soy y por lo que seré.

“Bienaventurado es quien pone en Jehová su confianza” (salmo 40, vs. 4)

Ruth B. Inostroza Albornoz

A Dios, por ser mi guía y apoyo en todo momento, por darme claridad cuando me sentí sobrepasado,

A mis padres, Manuel y Eliana, que con su amor y esfuerzo sembraron en mí las ganas de superarme, por lo que quiero, su recuerdo me acompaña siempre y me alienta a seguir adelante,

A mis hijos, Manuel, Rosa, Juan y Félix, por ser el incentivo para lograr la meta trazada,

A mis profesores, compañeros y amigos, que con sus consejos sabios me alentaron a cumplir otra etapa de mi vida,

A mi compañera Graciela, con la que he compartido penas, alegrías, desiluciones y satisfacciones que me ha demandado este ciclo de mi vida.

Gracias por estar, por sentir y por ser.

Manuel Calderón Reyes

Doy los más sinceros agradecimientos a mis seres queridos, mi esposo Oscar, mis padres Rebeca y Raif, mis hijos Cristian y Felipe, por su comprensión y apoyo en los momentos más difíciles de mi carrera, por entender el gran esfuerzo emprendido hacia un camino distinto, de sabiduría y aprendizaje, a Dios por darme fortaleza frente a mis debilidades.

Agradezco a Soledad por incentivar me a estudiar nuevamente, a mis hermanos, amigos y compañeros.

Gracias por todo lo que recibí de ustedes.

Rebeca Jalaf Santibañez

Cuando ya finaliza otra etapa en mi vida, quisiera dar las gracias a Dios por darme la posibilidad de haber alcanzado tan importante logro, a mis padres Jorge y Ana, a mis hermanos Juan, Jorge, Melany y Cristina, por todo su cariño y preocupación que me brindaron y, en forma muy especial quiero agradecer a Sergio Vargas Cruz, quien en los momentos más difíciles siempre me brindó un apoyo incondicional, toda su confianza y buenos deseos en el largo y difícil proceso de la realización de esta meta.

Sería interminable agradecer a todas aquellas personas que de alguna u otra manera estuvieron conmigo apoyándome en estos cuatro años de estudios, muchas gracias a todos y que Dios les bendiga.

Fernanda Cabello Orellana

ÍNDICE

	Página
Dedicatorias	2 – 3
Índice	4 - 5
Introducción	6
Problemática	8
Índice Temático	10
Marco Teórico	11
Capítulo I :	
Política Social de Salud en Chile	21
1.1. Política Social en Chile	22
1.2. Política Social en Salud	23
Capítulo II :	
¿Cómo se Identifica y Califica al Beneficiario en Salud?	28
2.1. Obligaciones que contraen Municipalidades y Servicios	30
2.2. Responsabilidades de las Municipalidades	31
2.3. Responsabilidades de los Servicios en Salud	32
2.4. Atención Primaria en Salud Municipalizada	33
2.5. Beneficiarios de FONASA – Clasificación –	34
2.6. Funciones del Calificador de Derecho	35
2.7. Procedimientos para la calificación de personas indigentes o carentes de recursos en el grupo A	36
-flujograma entrega de tarjeta de gratuidad -	38

Capítulo III

Análisis respecto del otorgamiento de la tarjeta de gratuidad en salud y, opinión de los Servicios involucrados.	39
3.1. Opinión del Fondo Nacional de Salud (FONASA)	47
3.1.1 Criterios de indigencia propuestos por FONASA (flujograma)	53
3.2. Opinión del Servicio de Impuestos Internos	58
3.3. Opinión de la Asociación Chilena de Municipalidades	59
Conclusiones	62
Propuestas	66
Anexos:	67
Gráficos N°1 y 2	68
Gráficos N°3 y 4	69
Gráfico N°5	70
Gráfico N°6	71
Gráfico N°7	72
Decreto Ley N°869	73
Ley N°18.469	75
Tarjeta calificadora de derecho beneficiario grupo “A”	
Declaración Jurada Simple	
Formulario de encuesta CAS	
Notificación de encuesta CAS	
Norma General Administrativa N°3, Calificación de Gratuidad	
Bibliografía	79

Introducción

El tema elegido para el presente trabajo titulado Beneficio entregado por el Estado para la Atención Primaria en Salud, con respecto a la Tarjeta de Gratuidad, nos permitió ampliar el campo del saber y conocer en detalle la situación que viven los indigentes en salud, y, a la luz de lo detectado por Fonasa respecto de un grupo de trabajadores independientes, quienes vulnerando el sistema con falsos datos obtienen la calificación de indigente, restan de esta manera la posibilidad a quienes más necesitan de ayuda estatal.

La estructura de este documento consta de: tres capítulos, conclusiones, propuestas, anexos y gráficos.

En el primer capítulo conoceremos un poco más sobre las políticas sociales de salud en Chile. Consecuentemente, podemos decir que, es el Ministerio de Salud (Minsal) quien define los programas en salud y garantiza el financiamiento de la atención de todos los ciudadanos, proporcionando, además, derecho a la salud, participación y solidaridad, compromiso que se ha planteado el supremo gobierno.

En este contexto, se nos ha permitido aumentar el conocimiento del valor que tienen las políticas públicas que ha impulsado el gobierno, y que resulta crucial a la hora de crear estrategias para superar el flagelo de la indigencia y pobreza, efectuando seguimientos para evaluar los logros de dichas políticas.

El segundo capítulo, señala la identificación y calificación del beneficiario en salud. Para este caso, los consultorios tienen un papel fundamental para la calificación del indigente en salud propiamente tal, ya que son éstos los que están facultados para calificar según Norma General Administrativa N°3 del Ministerio de Salud.

Por último, en el tercer capítulo, analizaremos específicamente el otorgamiento de la tarjeta de gratuidad en salud, como asimismo conoceremos la opinión de los servicios públicos involucrados, como son: Fonasa, Servicio de Impuestos Internos, Asociación Chilena de Municipalidades, etc. En este precepto, nos daremos cuenta de cómo se vulnera el sistema en la entrega del beneficio en estudio, las falencias por parte de Fonasa y la escasa y deficiente fiscalización que tiene la administración de los consultorios.

Cabe señalar que, luego de la revisión teórica de las fuentes a que se acudió, se revisaron los principales enfoques del tema realizado por agentes de Fonasa y otras entidades públicas participantes del tema que nos convoca; ésto, a modo de aportar a la ciudadanía, una mayor conciencia de lo que esperamos lograr en pro de quienes más necesitan.

Problemática

El presente trabajo tiene como objetivo investigar el mal uso de la Tarjeta de Gratuidad de Atención Primaria en Salud, por parte de los trabajadores independientes quienes no cotizan en forma voluntaria en el sistema de salud, afectando por tanto, otorgar una mayor y mejor atención a personas que son calificadas realmente como indigentes; es decir, personas carentes de recursos que conforman un segmento importante de nuestro país. Es así como los trabajadores independientes, por el sólo hecho de no cotizar previsionalmente obtienen a través de los consultorios de su comuna respectiva dicho beneficio, presentando antecedentes que acreditan no ser cotizantes de Isapres ni del Fondo Nacional de Salud (FONASA), como por ejemplo: feriantes, taxistas, comerciantes, futbolistas profesionales – entre otros -

Por antecedentes con que este grupo cuenta, creemos que el principal problema de la falta de control exhaustivo a esta falencia, radica principalmente en los consultorios, que no cuentan con personal capacitado para efectuar una acuciosa investigación al respecto, en el sentido de contar con un instrumento para verificar que la persona que solicita el beneficio, realmente sea calificado como indigente.

PREGUNTA GUIA

¿Cómo evitar el mal uso del Beneficio Tarjeta de Gratuidad por parte de los trabajadores independientes?

OBJETIVO GENERAL

Orientar y unificar los criterios de calificación de las personas que requieren atención en el Sistema Nacional del Servicio de Salud Primaria.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Que los recursos sean efectivamente distribuidos a las personas que lo ameritan, y que el Ministerio de Salud, focalice y fiscalice la entrega de fondos a la población objetivo.
- 2.- En términos de control de la calidad y oportunidad en la atención a los usuarios, Fonasa debe procurar un eficiente modelo de control en la gestión.

ÍNDICE TEMÁTICO

I. POLÍTICA SOCIAL DE SALUD EN CHILE

Objetivo Específico: Realizar un bosquejo de la importancia que han tenido las políticas sociales en Chile, específicamente en lo referido a salud.

II. ¿CÓMO SE IDENTIFICA Y CALIFICA AL BENEFICIARIO EN SALUD?

Objetivo Específico: Analizar los criterios que se consideran para la entrega de la tarjeta de gratuidad en salud.

III. ANÁLISIS RESPECTO DEL OTORGAMIENTO DE LA TARJETA DE GRATUIDAD EN SALUD Y, OPINIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS INVOLUCRADOS

Objetivo Específico: Proponer estrategias para el correcto otorgamiento y uso de la tarjeta de gratuidad en salud.

- 3.1. Opinión del Fondo Nacional de Salud
- 3.2. Opinión Servicio de Impuestos Internos
- 3.3. Opinión Asoc. Chilena de Municipalidades

MARCO TEÓRICO

Con el propósito de llegar a conocer en detalle el origen del trámite para la obtención de la Tarjeta de Gratuidad en Salud, y los motivos que hacen que la gestión se desvirtúe, hemos hecho un recorrido en el presente estudio por las diferentes etapas que deben cumplirse para identificar, por una parte, al verdadero beneficiario de dicho subsidio gubernamental, y por otra, conocer cómo se distribuye el gasto público en salud. Por tal motivo, el Marco Teórico indica el desarrollo que tendrá este tema que nos ocupa y que se presenta, en consecuencia, en tres capítulos.

En efecto, para fundamento de lo anterior, podemos decir que, el Ministerio de Planificación y Cooperación Nacional (MIDEPLAN)¹, a través de su Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN)², es quien define los límites de pobreza e indigencia.

Este Ministerio, tiene un importante rol en el diseño, coordinación y evaluación de la Política Social de Gobierno, cuyos objetivos son erradicar la pobreza, mejorar la calidad de vida de la población, y favorecer la integración al proceso de desarrollo de los sectores excluidos. Para la implementación de la política social, el país cuenta con diversas instituciones responsables de los programas sectoriales de educación, salud, vivienda, trabajo y previsión social, que actúan a nivel nacional y descentralizadamente en las regiones y en las comunas, mediante los respectivos gobiernos regionales y locales.

¹ En 1990, la Oficina de Planificación Nacional, se transforma en Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), por la Ley N° 18.989, publicada en el Diario Oficial del 19 de Julio de 1990, y el Decreto N°39 (Ministerio de Planificación y Cooperación, 23 de Mayo de 1992), que determina la estructura interna de MIDEPLAN.

² La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), se ha llevado a cabo desde el año 1985, con una periodicidad de dos años, (excepto la de 1989, que debió realizarse en 1990). Las encuestas Casen realizadas hasta la fecha, corresponden a los años 1985,1987,1990,1992,1994,1996 y 1998 .

Además de los programas sectoriales, y con el fin de aumentar la eficacia de la política de superación de la extrema pobreza, también se ha identificado a aquellos sectores de la población que presentan condiciones de mayor vulnerabilidad, como familias con jefatura femenina, niños y niñas, jóvenes y adultos mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas y localidades pobres. Para estas poblaciones objetivo se han creado entidades responsables de formular y coordinar programas específicos de desarrollo.

La Pobreza, es una realidad muy compleja y multifacética, que presenta aspectos Económicos (nivel de ingreso, trabajo), Sociales (acceso a la salud, la educación), Sicológicos (capacidad de iniciativa e inventiva para enfrentar situaciones), Familiares y Culturales.

Se considera pobre a aquella persona que su nivel de ingreso, se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas (\$40.562).

A fines del 2000, la población en situación de pobreza en el país bordeaba los 3 millones 80 mil personas, lo que equivale al 20,6% de la población total que asciende aproximadamente a 15.000.000 de personas; esta cifra correspondía alrededor de 643 mil hogares pobres de un total de alrededor de 3.900.000 (16,5% del total)³.

Esta realidad, afecta a las personas y su entorno familiar, y se manifiesta en carencias importantes vinculadas a alimentación, vivienda, vestuario, equipamiento del hogar, acceso a salud y educación, y además vinculados a carencias afectivas, tales como baja autoestima, inseguridades severas, etc.

³ Ver anexo página N°68 gráfico N° 1 y 2.

El valor de la línea de pobreza para las zonas urbanas es duplicando el valor de la línea de indigencia; en tanto que el de las zonas rurales se calcula incrementando en 75 % el presupuesto básico de alimentación estimado para estas zonas; los hogares cuyos ingresos per -cápita se encuentren por debajo de estas líneas están en condiciones de satisfacer sus necesidades alimentarias pero no el conjunto de necesidades básicas, y se definen como pobres no indigentes.

Se denomina Indigente a las personas que residen en hogares cuyo ingreso per-cápita (\$26.375), es inferior al costo de una canasta alimentaria; vale decir, hogares que aunque dedicaran la totalidad de sus ingresos a comprar alimentos, no lograrían cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales de sus integrantes.

A fines del 2000, la población en situación de indigencia en el país alcanzaba cerca de 850 mil personas, de un total de 15.000.000 (5,7% del total), en tanto que los hogares indigentes ascendían a cerca de 178 mil, de un total a 3.900.000 hogares indigentes (4,6% del total)⁴.

Chile logró una significativa reducción de la pobreza e indigencia durante los noventa, desde un 38,6% en 1990 a un 20,6% en el 2000⁵. Asimismo, la población en situación de indigencia disminuyó durante el período considerado desde un 12,9% a un 5,7%⁶. Esta reducción se verificó tanto en las zonas urbanas como en las rurales y en todas las regiones del país.

⁴ Ver anexos página N°69 gráfico N°3 y 4

⁵ Ver anexo página N°70 gráfico N° 5

⁶ Ver anexo página N°71 gráfico N° 6

Entre 1998 y 2000, a pesar del complejo escenario económico que atravesó la economía durante el período, se mantuvo la tendencia a la reducción de la población en situación de pobreza, sin revertirse el significativo avance logrado por el país durante la década.

En el cumplimiento de sus funciones de diseño, coordinación y evaluación de la política social, MIDEPLAN participa aportando los antecedentes para la toma de decisiones del Gobierno en relación con prioridades, metas y programas sociales, propone nuevos proyectos para afrontar problemas emergentes y modificaciones a aquellos que no logran las metas establecidas. Para tales propósitos, cuenta con un conjunto de instrumentos que le permiten elaborar los diagnósticos de la realidad socioeconómica del país, evaluar los programas sociales y los resultados alcanzados.

Uno de dichos instrumentos es la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), la cual constituye una herramienta básica en la formulación del diagnóstico y en la evaluación del impacto de la política social en los hogares, así como de los programas más importantes que componen el gasto social.

El amplio uso que se le da a los resultados de esta encuesta, en la definición y evaluación de la política social de Chile, la convierten en uno de los instrumentos más demandados por los hacedores de políticas⁷.

En la planificación y ejecución de la encuesta CASEN 98, MIDEPLAN contó con el apoyo permanente del Departamento de Economía de la Universidad de Chile, quienes se encargan del levantamiento y digitación de la encuesta.

⁷ Metodología Casen 1998 – 2000 Introducción Página 1.

De igual manera, las distintas instituciones de los sectores sociales atinentes a los temas de la Encuesta, han sido permanentemente consultados sobre las preguntas a incluir en el cuestionario y la obtención de tabulados de resultados e indicadores.

Han intervenido en este proceso el Banco Central de Chile, la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI), el Ministerio de Educación (MINEDUC), Ministerio de Hacienda, Ministerio de Salud (MINSAL), Ministerio del Trabajo, Ministerio de la Vivienda y Urbanismo (MINVU) y el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE), entre otras.

Finalmente, el Instituto Nacional de Estadística (INE) ha proporcionado el marco muestral que se utiliza en el diseño de la muestra y sus consejos y sugerencias han sido altamente considerados.

La información que proporciona esta encuesta, constituye un antecedente básico para focalizar el gasto social y sirve de manera sustantiva al proceso de descentralización de la gestión del Estado. Sus resultados se obtienen a nivel regional y los mismos están referidos a nivel de comunas, para un número significativo de ellas.

La evolución de esta realidad constituye un importante elemento para analizar el impacto del gasto social. La encuesta contiene, además, antecedentes sobre la cobertura y perfil de los beneficiarios de los programas sociales, su aporte monetario y no monetario al ingreso de los hogares; identifica a los sectores sociales que no acceden a dichos programas, lo que posibilita el cálculo de los déficit de atención asociados. Tales datos orientan el trabajo de diseño de nuevos proyectos y de modificaciones, en los sistemas de asignación de los beneficios para mejorar la focalización de aquellos de carácter selectivo.

El Municipio es un elemento fundamental en la cadena de administración y ejecución de las políticas sociales, pues a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), es la instancia que está en contacto con la realidad local de manera más cercana y tiene mejor capacidad para identificar a los grupos objetivos de beneficiarios, focalizando la entrega de subsidios sociales públicos a la población más carente de recursos; para este objetivo el municipio dispone de un instrumento que identifica la línea de pobreza e indigencia de los habitantes de la respectiva comuna, este instrumento se denomina Ficha CAS⁸ (Comité de Asistencia Social).

Los CAS hicieron ver la necesidad de contar con un instrumento estandarizado y único que permitiera focalizar los programas sociales a su cargo hacia los sectores más necesitados. Este instrumento (conocido como ficha CAS 1), permitía recoger información acerca de la vivienda, identificando a cada uno de sus miembros.

Sin embargo, la Ficha CAS 1 tenía una serie de limitaciones, por una parte, el índice calculado era de fácil manipulación a fin de obtener determinados resultados y, por otra, el personal que aplicaba la encuesta, no siempre contaba con capacitación adecuada.

A partir del año 1982, se comenzó a evaluar este instrumento y con ello la focalización de los programas que se utilizaban. Se observó que sólo el 14% del gasto social estaba efectivamente llegando a las familias más pobres, situación que se asoció a las limitaciones de la Ficha CAS, por lo que se estimó que era necesario rediseñarla.

⁸ El origen de la ficha CAS se remonta al año 1979, cuando fueron creados los comités de Asistencia Social (CAS), instancia de nivel comunal encargadas de la ejecución de los Programas Sociales del Estado. Texto de la División Social, Departamento de Información Social del Ministerio de Planificación y Cooperación, página N°7.

El nuevo instrumento adaptado – Ficha CAS 2 – comenzó a aplicarse a partir de 1987, incorporándose con ello, una serie de ventajas al proceso de selección de beneficiarios de los subsidios del Estado respecto de los procedimientos que se utilizaban a la fecha, como por ejemplo y entre otras:

- ◀ El sistema de selección de beneficiarios se basaba en el cálculo de un puntaje continuo, el que contempla ponderaciones diferenciadas para los factores y variables que incorpora la Ficha CAS, además de parámetros estadísticos medidos a través de la encuesta CASEN de 1985.
- ◀ El puntaje calculado es diferencial también por área urbano – rural.
- ◀ Se define un período de vigencia de 2 años para la información recolectada a través de la ficha, al cabo del cual debe ser actualizada.

En cuanto a la organización administrativa de este instrumento y con el fin de reglamentar el uso y aplicación de la Ficha CAS, se creó mediante Decreto Supremo N° 414 del 13 de Septiembre de 1991 (Publicado el 2 de Noviembre del mismo año), una comisión asesora cuya función sería la de proponer al Presidente de la República las medidas necesarias para implementar un sistema del mejor uso, diseño y operación de la Ficha CAS.

Entre otros aspectos, este Decreto establece lo siguiente:

- a) El encargado del diseño de la ficha será el Ministerio de Planificación, quien además determinará su uso, formas de aplicación, procesamiento computacional y vigilará la aplicación del instrumento.
- b) La aplicación de la Ficha la realizarán las municipalidades.

En la metodología de cálculo del puntaje CAS para el ingreso per – cápita, el monto total de los ingresos de la familia es expresado en unidades de fomento (UF) tomándose como valor de la UF el correspondiente al día en que la encuesta fue aplicada, el valor resultante se divide por el número de miembros de la familia.

El Ministerio de Salud – Fonasa, usa esta información de la base de datos comunal para otorgar el beneficio de gratuidad de atención en salud, elaborando bases de datos para la selección de postulantes.

En este contexto el Ministerio de Salud a través de Fonasa es quien define al indigente en salud propiamente tal para otorgar el beneficio de la Tarjeta de Gratuidad, beneficio entregado por el Estado a aquellos solicitantes que, según lo establecido en la Ley N°18.469⁹ en su artículo 6, letra e, considera a sus beneficiarios a las personas indigentes o carentes de recursos, que gocen de las Pensiones Asistenciales a que el Decreto Ley N°869¹⁰ de 1975 y el Decreto Supremo N°369 en su artículo 7, letra D, que establece que estas personas, acreditan su situación ante la Sección de Orientación Médica y Estadística (SOME) del respectivo establecimiento.

Ante la necesidad de permitir el acceso a las prestaciones de salud sólo a aquellos beneficiarios que tienen derecho y, como parte del proceso modernizador de salud, se ha implementado una base de datos, lo que se está poblando con información de todos los afiliados y beneficiarios. Como la situación previsional de los indigentes en salud es calificada exclusivamente en el SOME, es requisito fundamental sistematizar la captura de la información relativa a la calidad previsional de estas personas, que contribuya al mejoramiento de la base de datos con todas las calificaciones en los Hospitales Públicos.

⁹ Regula el ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud, y crea un régimen de prestaciones de Salud. fecha de publicación 23.11.1985 Organismo Ministerio de Salud.

¹⁰ establece régimen de pensiones asistenciales para inválidos y ancianos carentes de recursos. Fecha de publicación 28.01.1975, Organismo Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

De igual manera, los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y de las Municipalidades, deberán contar con un sistema que permita otorgar las Tarjetas de Gratuidad a los beneficiarios.

La tarjeta de Gratuidad para beneficiarios Grupo A, deberá consignar los siguientes datos¹¹.

Nombre, Hospital o Consultorio, N° de ficha Clínica, Fecha de Nacimiento, entre otros. Las personas que obtienen el beneficio sin tener la calidad de beneficiarios, recibieron mediante simulación o engaño los beneficios de esta Ley.

En los Servicios de Salud, a través de Fonasa, han tomado conocimiento de personas que portan tarjetas de indigencia otorgadas en los Consultorios de Atención Primaria, detectando el mal uso de esta tarjeta por parte de los trabajadores independientes no cotizantes en ningún sistema previsional, pero que mediante su trabajo obtienen ingresos suficientes que los aleja sobre la línea de pobreza e indigencia, para lo cual fue creado el beneficio de la tarjeta de gratuidad.

Se reconoce que la tarea de calificación no es fácil y que depende mucho de la buena fe de quienes lo solicitan; para ello, se deben tener presente los elementos que en la capacitación se entregan para descartar la existencia de previsión, así como también apoyarse de alguna documentación social cuando la situación así lo requiera.

Esta vez, y por las situaciones irregulares detectadas, será importante hacer énfasis en un llamado a la conciencia social de la población, y por otra parte a la acción delictual que constituye falsear información para obtener un beneficio que no le corresponde, lo que le otorga al servicio el derecho a seguir alguna acción judicial.

¹¹ Ministerio de Salud, Servicio de Salud Oriente (www.minsal.cl).

Si existe un real estado de necesidad las personas deben encauzar la petición de ayuda por las vías regulares o mostrar el problema para buscar soluciones al nivel que competa.

Para tal efecto, el Estado a través de la Ley antes mencionada, indica los requisitos que debieran reunir las personas para obtener este subsidio en cuanto a su calidad de pobreza e indigencia.

CAPÍTULO I

POLÍTICA SOCIAL DE SALUD EN CHILE

Objetivo Específico: Realizar un bosquejo de la importancia que han tenido las Políticas Sociales en Chile, específicamente en lo referido salud.

1.1. Política Social en Chile

Desde comienzos del actual decenio, los gobiernos democráticos, se han planteado como objetivo de la política social el reducir la pobreza y tender a una distribución más equitativa de ingreso, partiendo del entendimiento de que el gasto social no es sólo una herramienta para reducir los efectos de una crisis, sino que es una inversión necesaria y prioritaria en las personas para potenciar un desarrollo sustentable de la economía. A diferencia del rol asistencial de la política social, que se enfatizó durante el período del gobierno militar, las acciones emprendidas por diversas instituciones públicas en el actual gobierno han tendido no sólo a transferir recursos a los sectores más desprovistos, sino también a demostrar que la política social debe generar oportunidades de autodesarrollo en los sectores sociales más vulnerables. Invertir en la gente y en su entorno¹² han sido las líneas directrices de la política social actual.

La necesidad de ampliar el campo de acción de las políticas sociales, más allá de lo asistencial, es un hecho de primer orden. Ello ha significado focalizar el gasto social no sólo hacia los hogares en situación de extrema pobreza, atendiendo a la necesidad de subsistencia, sino que hacerlo en función de las posibilidades de autodesarrollo de los sectores más postergados, transformando el gasto social en inversión social, sin descuidar la política asistencial para aquellos grupos que lo requieren. Ello se expresa en el aumento del gasto fiscal social, que alcanzó un 18,6% entre 1998 y 2000. Sobre este último punto se persigue el perfeccionamiento y modernización del rol asistencial del Estado, tornándolo más flexible y oportuno en sus respuestas, tendiendo a mejorar el uso de los subsidios monetarios y evitando filtraciones de personas no definidas como beneficiarias de la acción estatal.

¹² Martínez Pizarro, Jorge y Vial Pañailillo, Claudio “Temas de Políticas en población pobreza y equidad”. (Proyecto población y Pobreza para el desarrollo de Políticas Públicas en Chile, Editado por MIDEPLAN. Santiago, Chile.

De esta forma, la estrategia de desarrollo social que se ha implementado en el país durante los dos gobiernos concertacionistas, se basa en el entendido de que para lograr la superación de la pobreza y un crecimiento equitativo, no sólo se requiere de un crecimiento económico sostenido, ya que, si bien esto es esencial, debe ir acompañado de una política social capaz de integrar a este proceso, de manera igualitaria, a todos los sectores de la población.

Vista así las cosas, las prioridades en cuanto al diseño de políticas sociales dadas por el gobierno democrático, quedan definidas por un enfoque innovador, integral y diversificador en su focalización territorial y social. Se busca superar los criterios sectoriales tradicionales, en pos de una mayor y mejor coordinación de las acciones orientadas a la población objetivo, tendientes a potenciar los resultados e impactos de los programas y proyectos de inversión social que permitan erradicar del país la extrema pobreza.

1.2. Política social en salud

El objetivo preponderante de las políticas de salud en Chile, es satisfacer a toda la población sin distinción de sexo, edad o condición socioeconómica; para lo cual, se han creado programas de salud específicos que apuntan a fortalecer la calidad de vida de la población, entre otros:

- ✓ Programa Nacional de Alimentación Complementaria para menores de 6 años, embarazadas y nodrizas.
- ✓ Cobertura del papanicolau, para mujeres de 35 a 65 años.
- ✓ Programa de desnutrición y obesidad para niños menores de 6 años.
- ✓ Programa de gratuidad de Atención (Tarjeta de Gratuidad).

En Chile la existencia de un sistema de salud dual de atención, contribuye de manera importante a las inequidades en el acceso a la atención de salud. Se sabe que el sistema público de salud regula el acceso por las listas de esperas o colas, y, el sistema privado, por la capacidad individual de pago. Se nota la evidente segmentación del sector salud entre un sistema privado que concentra a las personas de ingreso más alto y menor riesgo médico y un sistema público que reúne a aquellos de ingreso más bajo y mayor riesgo de salud. Está clara la necesidad de abordar aspectos de inequidad en el sistema de salud chileno.

El Estado debe llevar a cabo una reforma del marco jurídico y legal en el sector salud; fortalecer sus roles reguladores y fiscalizadores, regulando eficazmente tanto el sector público como privado; fortalecer sus políticas sociales, principalmente en áreas estratégicas, como salud, educación y generación de empleos.

En salud, el Estado debe asumir su papel regulador y fiscalizador; seguir con las políticas de descentralización, empoderando a los gestores locales; revisar las políticas y mecanismos de financiamiento del sector salud; revisar la pertinencia de los subsidios públicos a las personas; hacer una revisión y una reestructuración en el ámbito de la oferta de servicios de salud a la población y, centrar los objetivos de las políticas en la priorización de las prestaciones de servicios sociales, en particular, acciones de educación, salud, promoción y prevención, que reducen la morbimortalidad y aumentan la calidad de vida.

El Estado, tiene que asumir los costos sociales de las inequidades, haciendo una revisión y redefinición de los criterios de justicia implícitos en la lógica del sistema de salud actual. Por supuesto los objetivos finales debieran ser minimizar la segmentación y la selección adversa que ocurren en el sistema actualmente, alcanzar la cobertura universal de salud a la población, que realmente todas las personas

tengan acceso a atención de salud oportuna, de buena calidad, sin restricciones de ninguna naturaleza.

El Ministerio de Salud debe revisar su rol en el sistema de salud, concentrarse en las funciones de formulación de políticas, definición y financiamiento de la atención de salud, como también en garantizar que exista una adecuada regulación del sistema prestador, que minimice los riesgos de la población usuaria. La propuesta actualmente en discusión, sobre la creación de un plan básico esencial debe ser cuidadosamente revisada y debatida por los diversos actores involucrados, principalmente representantes ciudadanos, para que no se repitan los mismos errores.

Como lo expuesto por el Presidente de la República en la presentación de su proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud, la salud es un producto de la vida en sociedad, por ello cada época y cada sociedad tienen su particular estado de salud, generado por la combinación de factores que hacen posible incrementar el bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos.

Esto significa que para el gobierno, la salud es un derecho de las personas y que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país.

Para resguardar el derecho a la salud, no basta con su declaración, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

La igualdad en salud es un imperativo moral que está en la raíz de voluntad de reformar. Esta reforma de salud propone reducir las desigualdades respecto de la salud de las personas, tanto en el acceso a los servicios como en los resultados observados en los indicadores nacionales, que se expresan, entre otros, en diferencias significativas en la esperanza de vida y en la discapacidad, estrechamente relacionadas con los niveles de instrucción, ingreso y ocupación de las personas.

La desigualdad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de vida de las personas y un aumento de la discapacidad y dependencia.

Por el contrario, la equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores y condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello tenemos que dedicar nuestros mayores esfuerzos.

Otro de los principios que inspiran la reforma es la solidaridad, entendida como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos. Igualar garantías implica que los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con las personas de edad avanzada y los ricos con los pobres.

Para poder materializar los valores de igualdad y solidaridad en salud, de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho a la misma, es condición necesaria alcanzar un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos que crecientemente se invertirán en el sector.

La participación social, es la formulación puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales, constituye una dimensión importante de la vida democrática.

Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos; permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al sistema de salud y las correspondientes políticas públicas.

La participación ciudadana debe comprenderse como un mecanismo de mejoramiento social de las actividades de salud. La adecuada e informada participación de los usuarios, requiere transparencia para llevar a cabo el proceso y para conocer sus resultados. Ello asegurará la legitimación social de nuestro sistema de salud y la superación de la insatisfacción ciudadana. Definir un modelo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, es propósito de la reforma de salud.

Para un proceso de mejoramiento integral, profundo y eficiente del sistema de salud es necesario darle la mayor relevancia a la interlocución con los actores sociales involucrados, cómo se compromete la participación, y cómo se generan mecanismos para conocer y aprovechar sus aportes.

El compromiso de las autoridades de gobierno y todos sus actores con el derecho a la salud y los valores de equidad, solidaridad, eficiencia y participación es éticamente insoslayable y socialmente indispensable.

CAPÍTULO II

¿CÓMO SE IDENTIFICA Y CALIFICA AL BENEFICIARIO EN SALUD?

Objetivo Específico: Analizar los criterios que se consideran para la entrega de la tarjeta de gratuidad en salud

Las Reformas implementadas a inicios de los años ochenta cambiaron profundamente la estructura y funcionamiento del sector salud en Chile. Entre los principales cambios, se encuentran la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA); del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS); de las instituciones de Salud Previsional ISAPRE y el proceso de municipalización de la atención primaria.

Entre las virtudes de las reformas destacan por una parte, la separación de funciones entre el financiamiento y la provisión de servicios de salud y por otra los procesos de descentralización puestos en marcha. Sin embargo, la estructura actual del sistema de salud tiende a producir e incentivar serias inequidades e ineficiencias en la gestión del sector.

Los problemas que subsisten a nivel de focalización social, no se refieren como es de suponer a la destinación de subsidios dirigidos a las personas más pobres, pues como lo demuestran algunas cifras estos beneficios se han ido concentrando progresivamente en el segmento poblacional de menores recursos. Sí se refieren, en cambio, a la concentración de otros servicios y beneficios sociales, cuyo aporte se ha diversificado y ampliado de manera sustantiva pero, no ha logrado llegar a las personas que se ubican bajo la línea de indigencia, siendo ésta la dificultad que cabe enfrentar, a través de estrategias dirigidas específicamente a beneficiar a este grupo de la población¹³.

Las personas que pueden acceder son todos los ciudadanos del país, que tengan la condición de indigente definido en la encuesta CASEN y corroborado a través de un informe social indicado por el Departamento de Estratificación Social (CAS), dependiente de la Dirección de Desarrollo Comunal (DIDECO) de la respectiva Municipalidad, como así también estar dentro de la clasificación de

¹³ MIDEPLAN, "Estrategia Integral a favor de familias en extrema pobreza". Editado por MIDEPLAN. Santiago, Chile.2002.

beneficiarios FONASA en el grupo A, que nombra a las personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de Pensiones Asistenciales y causantes del Subsidio Único Familiar, esto sin distinción de sexo, raza o edad; de acuerdo a esto, los beneficiarios pueden atenderse en consultorios de atención primaria, hospitales públicos y postas; esta atención es también derivada a su núcleo familiar cuando procede, al concurrir al consultorio que corresponde a su lugar de habitación de acuerdo a su ubicación sectorial.

La atención de salud está estructurada en tres niveles, (primario, secundario y terciario), según la complejidad y cobertura de las prestaciones que se realiza:

1. El nivel primario de atención conformada por consultorios, postas, y estaciones médico rurales, los cuales salvo algunas excepciones, dependen administrativamente de los municipios.
2. Los niveles secundarios y terciarios (consultorios de especialidades, hospitales y servicios de urgencia), dependen directamente de los Servicios de Salud de su área de influencia.

2.1. Obligaciones que contraen Municipalidades y Servicios¹⁴

El traspaso de establecimientos asistenciales implica que las Municipalidades deben asumir la ejecución de la totalidad de las acciones de salud de atención ambulatoria a nivel primario, las que incluyen fomento, prevención y recuperación de salud sobre personas y ambiente cuando corresponda, dentro de su área jurisdiccional, de acuerdo a la complejidad del establecimiento de que se trate y los demás programas complementarios del Servicio de Salud correspondiente, tales como vacunaciones, alimentación, control de embarazo.

¹⁴ Manual de Municipalidades página 10 s/f.

2.2. Responsabilidades de las Municipalidades

- ✓ Dar cumplimiento a las normas, planes y programas que establece el Ministerio de Salud;
- ✓ Asegurar el funcionamiento permanente de los establecimientos a su cargo, contratando al personal adecuado y necesario para dar cumplimiento a las obligaciones asistenciales que establecen las normas, planes y programas del Ministerio de Salud;
- ✓ Otorgar todas las prestaciones del nivel primario propias de los Servicios de Salud a los beneficiarios legales o convencionales y entregar los medicamentos prescritos, de acuerdo al contenido del área farmacológica establecida por el Ministerio de Salud para los establecimientos de atención primaria;
- ✓ Mantener el arsenal farmacológico establecido por el Ministerio de salud para los establecimientos de atención primaria, de acuerdo a su nivel de complejidad;
- ✓ Mantener, a lo menos, la calidad de la atención que brindaban estos establecimientos antes de ser traspasados;
- ✓ Sujetarse al control y supervisión técnica del Ministerio de Salud, a través de la Dirección del Servicio de Salud correspondiente;
- ✓ Llevar y presentar las estadísticas de las acciones que realicen y prestaciones que otorguen en la forma y condiciones que le indique el Ministerio de Salud;

- ✓ Efectuar las reparaciones que sean necesarias para el mantenimiento de los bienes que se le entregaron, así como el pago de los impuestos, contribuciones, y otros que se devenguen, y los pagos de aguas, luz y gas;
- ✓ Desarrollar, en coordinación con el servicio de salud, programas de capacitación permanente del personal de los establecimientos traspasados.

2.3. Responsabilidades de los Servicios de Salud¹⁵

- ✓ Asesorar en la programación de actividades de los establecimientos traspasados, en conjunto con los encargados de esos establecimientos;
- ✓ Supervisar, inspeccionar, controlar y fiscalizar el cumplimiento de las políticas, normas y programas emanadas del Ministerio de Salud y con ese fin deberán adoptar las medidas necesarias para dar a conocer estas disposiciones y las modificaciones que tengan los establecimientos traspasados;
- ✓ Complementar la atención del nivel primario con los procedimientos de apoyo, diagnóstico que sean menester para el cumplimiento integral de las funciones traspasadas;
- ✓ Atender las interconsultas del nivel primario para atención especializada y, recibir los pacientes referidos por los servicios traspasados para atención de emergencia y hospitalización;

¹⁵ Manual de Municipalidades s/f

- ✓ Efectuar transitoriamente las rondas médicas, mientras la municipalidad no cuente con los profesionales necesarios para ello;
- ✓ Mantener, a través de la Dirección de Atención Primaria (DAP) del Departamento de Programas de las Personas (DPP) y del Departamento del Medio Ambiente (DMA), una coordinación permanente con la autoridad técnica responsable de la administración de los establecimientos traspasados, verificando en el terreno el desarrollo y cumplimiento de los programas de salud y la aplicación de las normas técnicas pertinentes;
- ✓ Analizar, revisar y aprobar las estadísticas de las acciones que realizan los establecimientos traspasados y las prestaciones que otorgue, de acuerdo a las normas que indique el ministerio de salud;
- ✓ Pagar a las municipalidades mensualmente una cantidad equivalente al número de atenciones realizadas dentro del mes precedente y facturadas por ella, hasta el tope de recursos o techo comunal fijado previamente por el Intendente Regional para ese mes.

2.4. Atención primaria de Salud Municipalizada

El modelo de atención primaria en salud, es una propuesta de atención integral adecuada a las nuevas demandas de salud de la comunidad. Los objetivos de la atención primaria es lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentando la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de otros, favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agente de cambio de su propia situación de salud.

2.5. Beneficiarios de FONASA – Clasificación¹⁶ –

Las personas que pueden acceder son todos los ciudadanos del país beneficiarios del sector público de salud (FONASA, A, B, C y D) e indigentes, sin distinción de sexo, raza, o edad, y estos se clasifican de la siguiente manera:

GRUPO A: Personas Indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales y causantes del subsidio único familiar.

GRUPO B: Personas con un ingreso bruto mensual menor o igual al ingreso mínimo (\$111.200).

GRUPO C: Personas con un ingreso bruto mensual mayor al ingreso mínimo hasta 1,46 veces el ingreso mínimo.

GRUPO D: Personas con ingreso bruto mensual superior a 1,46 veces el ingreso mínimo.

De acuerdo a lo anterior, podemos mencionar que los beneficiarios pueden atenderse en consultorios de atención primaria, hospitales públicos y postas. Al concurrir a consultorios en el que se está inscrito será derivado al hospital si el médico lo indica. La atención de urgencias debe solicitarse directamente en las postas y servicios de urgencias.

El valor que el beneficiario deberá pagar por su atención depende del grupo de ingreso en el que se encuentre calificado. En los consultorios la atención es gratuita para todos los grupos (A, B, C y D).

¹⁶ Anexo N°1 Manual de consultas FONASA página N°7

Las personas carentes de recursos y sin previsión deben concurrir al consultorio de su domicilio, para obtener el beneficio de la tarjeta de gratuidad que le da derecho a atención gratuita en todos los servicios de salud pública, donde se realizará un estudio de su situación previsional y socioeconómico.

El Departamento de Admisión deriva a la Oficina Calificadora de Derecho a toda persona que se declare indigente o carente de recursos.

2.6. Funciones del calificador de derecho¹⁷

La función del calificador de derecho fundamentalmente está dirigida a:

- ✓ Calificar en el grupo A, a toda persona indigente o carente de recursos, que no es beneficiaria de la red social, y que no está afecta a régimen previsional, leyes especiales o convenios que les den derecho a asistencia médica, y que requiere atención en el sistema de salud, de acuerdo a los procedimientos preestablecidos.

- ✓ Otorgar la tarjeta de beneficiario grupo A, por un plazo determinado, de acuerdo a los criterios de calificación según categorías de Indigencia:

Indigentes Absolutos (*): válido por 12 meses

Indigentes condicionados (*): válidos por 6 meses

¹⁷ Norma General Administrativa N°3 ver anexos.

(*) Se entiende por indigente absoluto, a las personas cuyo ingreso mensual no exceda la suma equivalente establecida para el grupo B, y que no estén afectos a ningún régimen previsional, leyes especiales o convenios que les den derecho a asistencia médica.

(*) Se entiende por indigentes condicionados, a las personas cuyo ingreso mensual sea menor o equivalente al monto establecido para el grupo C, que no estén afectos a ningún régimen previsional, leyes especiales o convenios que le den derecho a asistencia médica. Estos deben integrarse a un sistema previsional durante la vigencia de su calificación.

2.7. Procedimientos para la calificación de personas indigentes o carentes de recursos en el grupo A¹⁸

El calificador de derecho procede a:

- ✓ Entrevistar a la persona, utilizando pauta estructurada, que le permita:
 - ❖ Ratificar la declaración de indigencia
 - ❖ Confirmar la carencia de afiliación a régimen previsional
 - ❖ Descartar la existencia de ingresos superiores a los establecidos para el Grupo C.

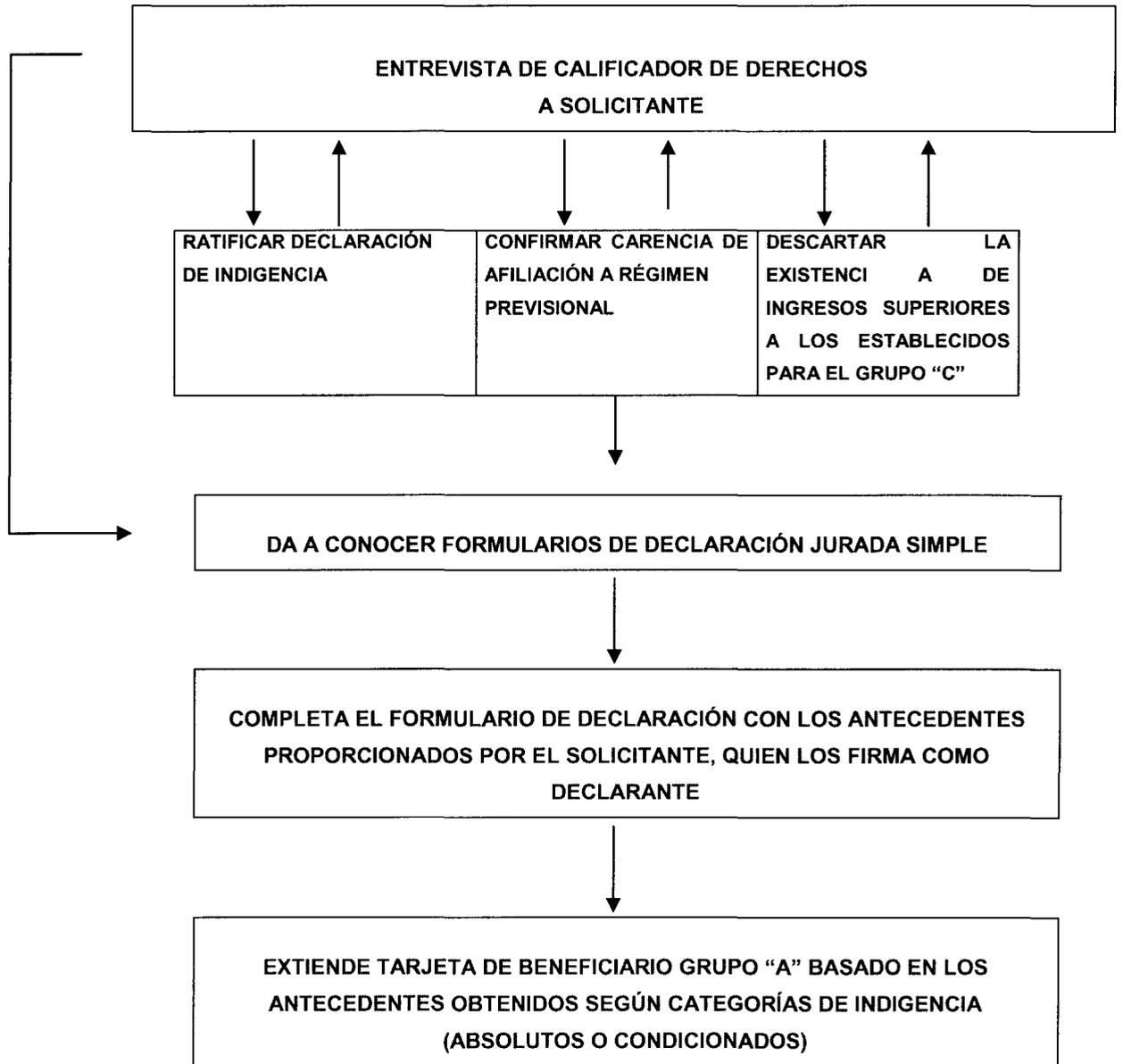
- ✓ Da a conocer formularios de declaración jurada simple.

- ✓ Completa el formulario de declaración con los antecedentes proporcionados por el solicitante, quien deberá firmarlos como declarante.

¹⁸ Norma General Administrativa N° 3 ver anexos

- ✓ Extiende tarjeta de beneficiarios grupo A, basado en los antecedentes obtenidos, según categorías de indigencias (indigentes absoluto o condicionado).
- ✓ Mantendrá libro de registros de las tarjetas emitidas, con el N° de folio, N° de ficha clínica, nombre, y Rut del paciente, fecha de emisión y tipo de validez.
- ✓ Mantendrá archivos de declaraciones juradas, ordenadas en forma correlativa según número de folio.
- ✓ Comunicará al departamento de admisión en planilla diaria o semanal, de las personas que fueron calificadas, a fin de que se consigne esa información en la ficha clínica.
- ✓ Solicitará asesoría a la Asistente Social del establecimiento, toda vez que la entrevista y los datos del paciente resulten dudosas.

FLUJOGRAMA PROCESO ENTREGA DE TARJETA DE GRATUIDAD



Nota: ↓ = el trámite avanza ↑ = el trámite se rechaza

CAPÍTULO III

ANÁLISIS RESPECTO DEL OTORGAMIENTO DE LA TARJETA DE GRATUIDAD EN SALUD, Y, OPINIÓN DE LOS SERVICIOS INVOLUCRADOS

Objetivo Específico: Proponer estrategias para el correcto otorgamiento y uso de la tarjeta de gratuidad.

El Estado al servicio de la gente, demanda un gran impulso dirigido a revelar la dignidad y responsabilidad de la función pública y a tomar las medidas que aseguren la máxima eficiencia de sus instituciones.

La modernización de la gestión pública, fortalece el proceso de profundización democrática, por ser la equidad y la igualdad de oportunidades las premisas que inspiran su acción, y porque las transformaciones que plantea requieren de la participación y los esfuerzos de todas las instancias y actores involucrados. Abordar este desafío no es sólo responsabilidad del gobierno, es una tarea de Estado y un compromiso de país.

El Ministerio de Planificación y Cooperación Nacional (MIDEPLAN) es responsable de evaluar la situación socioeconómica así como el impacto de los programas sociales en las condiciones de vida de la población, contribuyendo así a mejorar la eficacia y la eficiencia de la política social; para ello, este Ministerio desarrolla un programa de estudios que contempla como principal instrumento de medición la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), la que ha sido aplicada durante los años 1985, 1987 y bianualmente a partir de 1990, correspondiendo su última aplicación a noviembre del 2000, tema visto y tratado en el Marco Teórico.

En el informe que arroja esta Encuesta, se entrega –entre otras- la evaluación correspondiente a la situación de salud prevaleciente en el país a fines del 2000, así como su evolución durante la década de los noventa.

Los resultados de dicha evaluación, constituyen un aporte para guiar las modificaciones necesarias para el aumento de la equidad y la eficiencia en las políticas y programas que el gobierno y, en particular el Ministerio de Salud desarrolla para mejorar la salud de todos los chilenos.

La mayoría de la población del país está afiliada al sistema público de salud. Es así como en el año 2000, el 66,5% de la población se declaraba afiliado al sistema público de salud (casi 10 millones de personas) y un 19,8% al sistema de las Instituciones de Salud Previsional ISAPRE (aproximadamente 3 millones de personas)¹⁹.

En la primera mitad del período comprendido entre 1990 y 2000, se observa una disminución de la participación del sistema público que se revierte en la segunda mitad, alcanzando en el año 2000 una posición muy similar a la de 1990.

El reposicionamiento del sistema público se vincula, por una parte, a los efectos que tuvo en nuestro país la crisis económica internacional y, por otra, a los esfuerzos desarrollados por los gobiernos de la concertación, concretados en un aumento importante del gasto fiscal en salud, que han mejorado la infraestructura física y la atención en general, haciendo que la población revalorice nuevamente el sistema.

En todos los años, la adscripción al sistema público es mayor entre la población de menores ingresos. Por el contrario, la afiliación a las ISAPRE es mayor entre aquella de mayores ingresos.

A propósito de la Modernización del Estado, el Gobierno ha creado un conjunto de programas sociales orientados a mejorar la calidad de vida de los chilenos. Uno de estos programas es la entrega del beneficio de atención gratuita en salud para los indigentes y sus familias, beneficio plasmado en una tarjeta de gratuidad, señalado y definido en el marco teórico del presente estudio. Colocar al usuario como el centro de gravedad de la acción del Estado, significa una decidida y

¹⁹ Ver anexo página N°72 gráfico N° 7.

explícita política por conocer sus características, escucharlo en sus demandas y considerar sus propuestas. Colocar como titular de derechos ante los servicios públicos al ciudadano, es favorecer el hecho de que el Estado sirva a los más débiles, combata la exclusión, favorezca la participación y la información de las personas. Esto, es particularmente necesario, pues quienes más necesitan de la modernización en la gestión de los organismos estatales, son los sectores de menores ingresos de la población.

Son ellos los que más se ven beneficiados por un acceso expedito, rápido y directo a los servicios públicos; son ellos quienes perciben con mayor crudeza la diferencia que existe entre un trato digno y cordial y una actitud prepotente, fría y distante, por último, son ellos los que más se ven beneficiados por la simplificación de trámites y por la mayor transparencia de los procedimientos administrativos.

Por otra parte, si bien en Chile existe una amplia oferta pública de programas sociales dirigidos a atender las necesidades de las personas más pobres del país, diversas evaluaciones realizadas por MIDEPLAN y por otras instituciones, indican que los beneficios sociales son percibidos en mayor medida y con mayor intensidad por aquellos pobres no indigentes, que por aquellos indigentes o extremadamente pobres.

Los criterios básicos de la actual política de salud son: el derecho a la salud, a la igualdad, la descentralización y la participación social. La función del calificador de derechos, se enmarca en la equidad, cual es asegurar a toda la población igualdad de oportunidades para dar satisfacción a las demandas de atención de salud a través de todas las áreas de la prevención tanto primaria, secundaria como terciaria; por tanto, la importancia de saber calificar la indigencia se hace evidente, y la labor del funcionario queda de manifiesto en su eficaz resultado.

En este contexto, podemos agregar que, revierte gran importancia la función del calificador de derechos, que si bien es cierto dicha función radica principalmente en la equidad, en el sentido de otorgar igualdad de oportunidad para la atención en salud a la población carente de recursos, no es menos cierto que este calificador requiere de una constante capacitación para aprovechar los avances tecnológicos que permitirán hacer más efectiva su función de calificar al indigente como tal, evitando de esta forma el mal uso del subsidio estatal, ya que se ha detectado y comprobado por diferentes servicios públicos (FONASA y S.I.I., entre otros), que la forma actual de calificar es muy vulnerable, por la facilidad de que disponen las personas para hacer uso indebido de este beneficio de la tarjeta de gratuidad.

Ingresos mensuales superiores a los \$111.200 tienen los trabajadores independientes que, burlando el sistema, han entrado a Fonasa haciéndose pasar por indigentes y así poder recibir atención de salud gratuita.

Estas personas, que en la Operación Renta del 2001 declararon ingresos, suman 24 mil, dato que salió a la luz tras cruzar los antecedentes del Fondo de Salud y Servicio de Impuestos Internos (S.I.I.).

De acuerdo a los análisis de Fonasa, 13 mil de ellos (54.1%) perciben ingresos mensuales de entre \$110.000 y \$132.000; el resto está por sobre los \$132.0000 por mes.

Estas personas, al igual que todos los trabajadores independientes, estarán obligadas a cotizar el 7% de sus rentas en Fonasa o Isapre cuando se apruebe el proyecto de Ley que ya está en el Congreso.

Por ley el beneficio de atención gratuita en los servicios de salud se otorga sólo a quienes reciben pensión asistencial, subsidio único familiar o estén cesantes. Claramente, aquí se demuestra que falta un mayor control sobre la focalización de los beneficios que el Estado entrega a los más pobres, siendo esta una bandera de lucha por socorrida al interior del gobierno, y teniendo a la mano todos los elementos para cumplir con una mayor fiscalización si así lo quisiera.

Identificada ya la detección de esta irregularidad (mala utilización de la tarjeta de gratuidad por parte de trabajadores independientes), y vistos los esfuerzos llevados a cabo por los Servicios involucrados para solucionarlos, vemos que se hace imprescindible la aplicación de las nuevas tecnologías, especialmente en informática; además el impulso del Gobierno Electrónico en cuanto a formar una red de interacción entre los servicios públicos que deben progresivamente introducir el uso de estos avances tecnológicos en todos los procesos asociados a brindar prestaciones a los ciudadanos, debiendo considerar la interrelación que tengan con otras reparticiones públicas; esto, se debe aplicar para las nuevas prestaciones que comiencen a brindarse a la ciudadanía.

Una vez analizada la investigación tratada en este tema presentado como mal uso de la tarjeta de gratuidad en salud, podemos decir que tanto las leyes, decretos e instrumentos que deciden la normativa para determinar al indigente en salud, se ven fácilmente vulnerados por una parte de los trabajadores independientes no cotizantes en Fonasa ni en Isapres, usufructuando, por tanto, el subsidio que ofrece el Estado. Por otra parte, se lesiona lo que corresponde realmente a aquellas personas que por diferentes motivos no han tenido la oportunidad de salir de su estado de indigencia.

Reconocemos que la tarea de calificación no es fácil y que depende mucho de la buena fe de quienes solicitan el beneficio, debiendo tener presente los elementos que en la capacitación le fueron entregadas al calificador para destacar la existencia de previsión, así como también apoyarse de alguna documentación social cuando la situación así lo requiera.

Esta vez y por las situaciones irregulares al respecto detectadas, queremos hacer énfasis a un llamado a la conciencia social de la población, ya que al falsificar información para obtener un beneficio que no le corresponde, le otorga al servicio (FONASA) el derecho a seguir alguna acción judicial.

Pero a este respecto, también creemos que es deber del Estado implementar planes de acción con la comunidad a través de consultorios y juntas de vecinos, como: talleres, seminarios, etc. en donde se les haga ver la implicancia que tiene esta mala acción en sus pares que se encuentran efectivamente bajo la línea de indigencia, en un país como el nuestro que se encuentra en vías de desarrollo y, con un esfuerzo titánico de parte de las autoridades de gobierno para lograr encontrar y mantener en forma sostenida un crecimiento tanto económico como cultural y social, que nos permita superar la pobreza e indigencia y poder crecer de acuerdo con los nuevos tiempos. De igual manera, que el Estado no solo se preocupe de aplicar acciones judiciales para solucionar el problema, propugnando que la salud es un derecho que debe ser entregado con equidad e igualdad a los ciudadanos, pero de parte de éstos también se requiere solidaridad con sus congéneres.

También pensamos que en este proceso de calificación al indigente en salud para la entrega de la tarjeta de gratuidad, debe darse mayor preponderancia al índice CAS, ya que la Norma General Administrativa N°3²⁰ Calificación de Gratuidad, de julio de 1992, en su punto N°5 (5.1.) Procedimiento indica que: este índice CAS, se considerará sólo para determinar indigencia, no teniendo el carácter de exclusivo.

Por lo visto hasta ahora, nos hemos dado cuenta de la real importancia que tiene el índice CAS, puesto que este instrumento es efectuado directamente por el Departamento de Estratificación Social de la Dirección de Desarrollo Comunitario de las Municipalidades y les permite conocer la realidad socioeconómica de su distrito y que al mismo tiempo están en forma más directa con la fuente misma que es la comunidad, y son en parte, indicadores usados por Mideplan en su Encuesta Casen para determinar los índices estadísticos de la estratigrafía social del país, y a través de éstos proponer planes y programas sociales para la aplicación de políticas sociales al supremo gobierno. Por otra parte, es preciso elaborar un modelo de Control de Gestión más definido, de tal manera que permita un control de indicadores a través y durante todo el proceso de calificación de gratuidad.

Ante la pregunta ¿Cómo evitar el mal uso del beneficio tarjeta de gratuidad por parte de los trabajadores independientes? –pregunta guía del presente trabajo -, juega un rol muy importante el avance tecnológico, específicamente, en la informática para este caso, y, la implementación del gobierno electrónico en los Servicios Públicos que deberá crear una red de enlace entre dichos Servicios involucrados, permitiendo traspasos de bases de datos, transformándose ésto en una herramienta muy efectiva para los calificadores quienes podrán ante cualesquier duda de veracidad de un dato, consultar a través de esta red interservicios como fuente fidedigna y de primera línea.

²⁰ Norma General Administrativa N° 3 Ver anexo .

Esto, a la postre, permitirá una más ágil y mejor atención al usuario, demostrando con ello eficiencia y eficacia, dando cumplimiento, por tanto, con el postulado del derecho de salud con equidad, igualdad y solidaridad.

3.1. OPINIÓN DE FONDO NACIONAL DE SALUD (FONASA²¹)

FONASA está proponiendo a partir de la nueva ley (Reforma en Salud) una nueva metodología para identificar a los indigentes y otorgarles algún tipo de credencial para su propia identificación. Este planteamiento está en manos de Hacienda quien también tiene que tomar parte en el asunto en conjunto con el Ministerio de Salud. Por un lado esta metodología apunta a simplificar un poco el proceso y a considerar los ingresos que tienen las personas. Principalmente, esto involucra a establecer un convenio tanto con el Servicio de Registro Civil como con el Servicio de Impuestos Internos (S.I.I.), y a través de éste determinar qué tipo de renta tributable han tenido durante un período de tiempo, hasta un año.

De acuerdo a la Ley FONASA, esta entidad puede establecer diversos convenios para cautelar el uso correcto de sus recursos. Precisamente en esa línea se enmarca el que están trabajando (Convenio) con el Servicio de Impuestos Internos y que está actualmente en fase de revisión jurídica.

Respecto de lo anterior, el Dr. Alvaro Erazo, señaló que se establecerá un Convenio entre FONASA y el Servicio de Impuestos Internos (S.I.I.) – en el que ya se está trabajando – y que una vez aprobado dicho Convenio, estará en condiciones de utilizar legalmente la información relativa a los 24 mil falsos indigentes y, evaluar posibles medidas judiciales. Afirmó Erazo que, junto a la Asociación Chilena de

²¹ José Angulo, Jefe Departamento de Gestión Estratégica - Estudios FONASA.

Municipalidades serán aplicadas todas las medidas judiciales para corregir el uso indebido por años de la tarjeta de gratuidad en salud, que permite la atención de salud sin costo.

Se detectó que cerca de 500.000 mil personas tuvieron tal ayuda, aunque en sus respectivas declaraciones de rentas indicaron ingresos anuales de hasta \$3.500.000 de pesos.

Los Convenios consisten básicamente en la cooperación entre instituciones para poder saber cómo están las bases de datos de FONASA, así también conocer las bases que las demás instituciones (Servicio de Impuestos Internos, Servicio de Registro Civil y Asociación Chilena de Municipalidades), tienen de las personas.

Las bases de datos de FONASA hablan de más de 10 millones y medio de beneficiarios, y según el CENSO (año 2002) somos 15 millones y fracción de chilenos, entonces en función de eso, el Servicio de Registro Civil debe tener también algunos registros de antecedentes al respecto, si es que se quiere actualizar datos como sexo, edad, etc. y tenerlos a todos identificados con la nueva cédula de identidad.

Se ha tratado de identificar algunos grupos específicos para proponerles o incentivarlos a que se afilien; de hecho, el sindicato de futbolistas profesionales fue uno de ellos; se hizo un convenio para poder darles la posibilidad de tener un seguro de salud. También se piensa hacer con algunos grupos de pescadores artesanales del país en las distintas regiones para tratar por ese lado cubrirlos, y que ellos no ingresen como indigentes, evitando de esta forma un problema, dado que éstos poseen ingresos.

Respecto de lo anterior, se han logrado avances. FONASA, firmó un convenio con el Servicio de Registro Civil y con ello se han realizado los primeros cruces de información con ambas bases de datos. También existe la posibilidad de hacer una propuesta con el Servicio de Impuestos Internos (S.I.I.), el que aún no está firmado – sólo conversado-; este último, sólo traspasó información del año 2000 con la operación renta que se cruzó con la base de datos de los beneficiarios de FONASA.

En este mismo contexto, las Direcciones de salud de las Corporaciones Municipales, tienen un convenio referente a la inscripción del per – cápita, y cuya responsabilidad de efectuarla recae en los consultorios de atención primaria, por cuanto éstos tienen todo un procedimiento de adscripción de toda la población; en eso se sustenta el per-cápita.

Se desprende de lo anterior, la necesidad imperiosa de contar con una conexión electrónica para efectuar la clasificación de los indigentes, ya que FONASA desea que en los Servicios de Salud Primaria Municipalizados haya un control más efectivo, por cuanto éstos están basados en el sistema de inscripción per-cápita; para ello, FONASA cuenta con un software en el que se ingresan todos los datos de la población perteneciente a este sistema.

Cabe señalar que, en los Consultorios de Atención Primaria, trimestralmente se envía a FONASA la información de las inscripciones y que a su vez esta entidad procede a seleccionar los inscritos por comuna, privilegiando la última fecha de inscripción respectiva. Con ello, FONASA define cual es la transferencia de recursos (subvención) que van a tener para el año siguiente; ésto, en atención de esta población inscrita. Sin embargo, existen problemas para calificarlos si realmente pertenecen a FONASA o no; en ese sentido, se hacen cruces con las bases de datos que tiene la Superintendencia de Isapres de los beneficiarios del sector privado de salud (Isapre), pero aún así, quedan algunos sin pesquisar, como por ejemplo los trabajadores independientes.

No obstante lo anterior, con la Reforma de Salud propuesta, será obligación de todos los trabajadores independientes ser cotizantes de algún sistema de salud, ya sea público o privado.

El Convenio que se está formulando entre FONASA y el Servicio de Impuestos Internos, será el más difícil de concretar, dado que la ley no faculta a este Servicio (S.I.I.) a entregar información que no sea exclusivamente al interesado; es decir, la información es privada; por consiguiente, significa que se deberá hacer una modificación legal para que así FONASA pueda acudir a esa fuente de información y detectar si la persona tiene ingresos o no, y de ahí calificarla –si corresponde- como indigente propiamente tal.

De otra manera, si una persona quiere optar a ser calificado como indigente, deberá firmar un documento que autorice verificar sus antecedentes de ingresos en el Servicio de Impuestos Internos.

Esto, da pauta para ver cuan efectiva sería la implementación cuanto antes del gobierno electrónico, para que haya un enlace de comunicación entre todos los servicios del Estado, y en lo posible obtener una información mensualmente de la situación.

REQUERIMIENTOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA IMPULSADA POR FONASA

- 1. Firma convenio con el S.I.I.**
- 2. Cruce de bases de datos FONASA – S.I.I.**
- 3. Convenio con MIDEPLAN (actualización de corte ficha CAS).**
- 4. Acuerdo con Asociación Chilena de Municipalidades.**
- 5. Definición de procedimientos operativos.**
- 6. Capacitación a calificadores de aspectos administrativos y el uso de los instrumentos de apoyo a la calificación.**

INSTRUMENTOS DE APOYO A LA CALIFICACIÓN DE INDIGENCIA, IMPULSADOS POR EL FONASA

1. Masificación Sistema Certificador Previsional a todos los hospitales faltantes y en 379 consultorios, permitiendo la consulta en línea de la previsión del beneficiario.
2. Servicio Página Web de FONASA, permite el acceso a la Base de Beneficiarios vía internet en cualquier momento.
3. Centro de Contacto (Contact Center), que permitirá entregar respuesta ante consultas de estado de beneficiario por vía telefónica.
4. Nueva versión Inscrito III, herramienta de inscripción de población a disposición de los Calificadores para el ingreso de Nuevos Beneficiarios, lo cual permitirá mayor control a la calificación.

CRITERIOS DE INDIGENCIA PROPUESTOS POR FONASA

Se aplicarán los siguientes criterios de indigencia a todas aquellas personas que no están afectas a ninguna ley especial, ni se encuentran cotizando para algún sistema previsional:

Criterio N°1

Basado en el ingreso del hogar y número de cargas familiares

- a) Serán consideradas No Indigentes, aquellas personas cuyo ingreso mensual exceda el salario mínimo para personas mayores de 18 años, y, menores de 65. Sus cargas familiares seguirán la misma condición.

- b) Serán considerados como indigentes, aquellas personas cuyo ingreso mensual no exceda del salario mínimo y tengan 3 ó más cargas familiares.

Resultado Per-cápita = \$26.281 (Salario Mínimo /4)

Línea de Indigencia CASEN 2000 : \$20.281

Línea de Pobreza CASEN 2000: \$40.562

Nota: Las cargas familiares de los indigentes, seguirán las mismas reglas que las cargas definidas para los cotizantes.

- c) Personas cuyo ingreso familiar no exceda el salario mínimo mensual, pero su ingreso per-cápita es mayor que el 25% de un salario mínimo mensual.

Para tales efectos, se considerará adicionalmente el puntaje de la ficha CAS:

- ✓ Si puntaje CAS $>$ corte \longrightarrow No Indigente
- ✓ Si puntaje CAS \leq corte \longrightarrow Indigente

Nota: Ingreso per-cápita, se define como: Ingreso familiar dividido por la sumatoria del jefe familiar más sus cargas familiares.

Criterio N°2

Aplicable a aquellas personas que no se puede identificar su ingreso a través del S.I.I. u otro organismo.

Para tales efectos, sólo se considerará puntaje ficha CAS:

- ✓ Si puntaje CAS \leq corte \longrightarrow Indigente
- ✓ Si puntaje CAS $>$ corte \longrightarrow Indigente “condicional”

Nota: La condicionalidad implica que, la tarjeta de indigencia tendrá una duración de 6 meses, a cuyo plazo se revisarán nuevamente sus antecedentes.

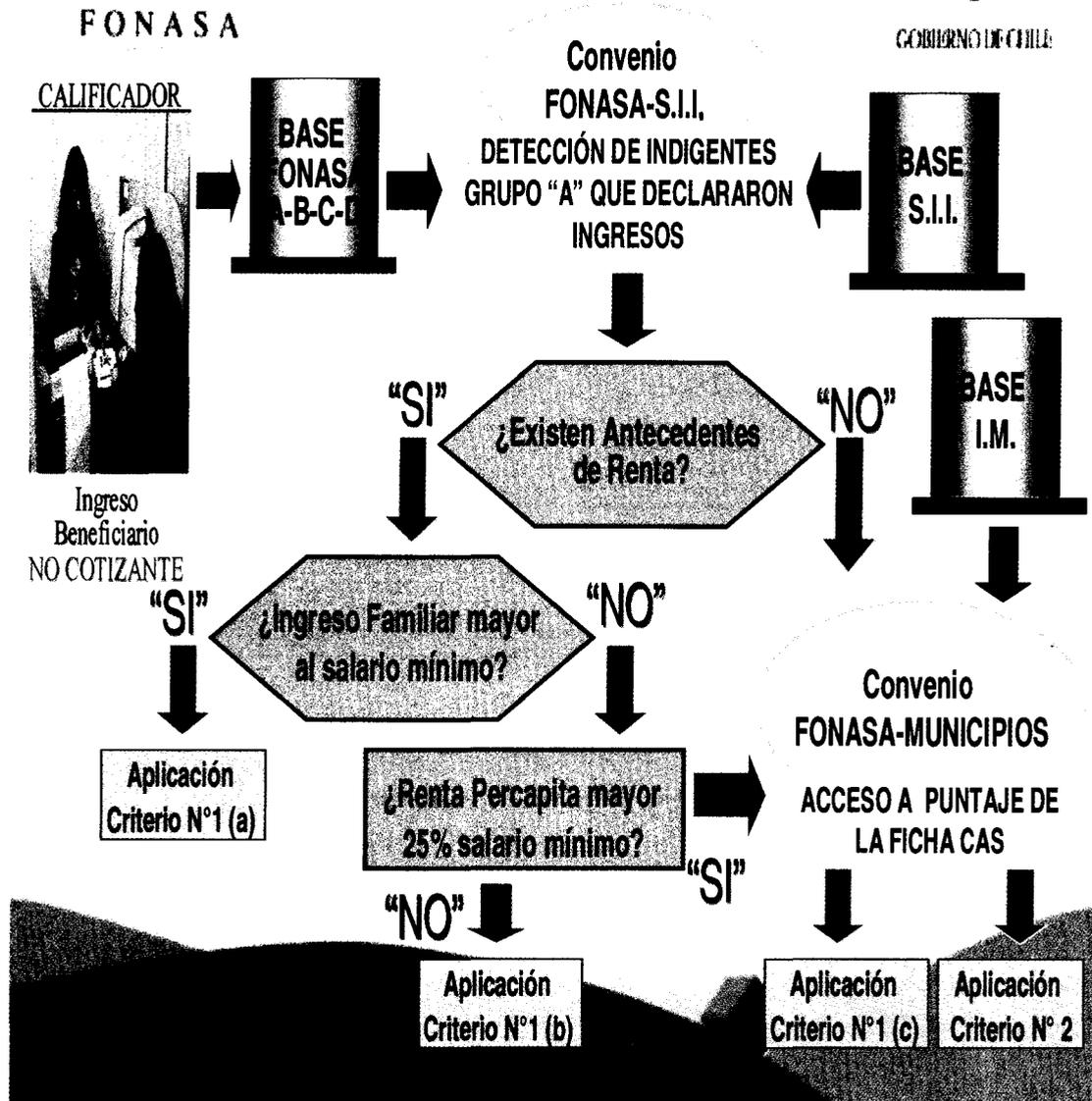


FONASA

PROCESO INFORMÁTICO DE CALIFICACION DE INDIGENCIA



GOBIERNO DE CHILE



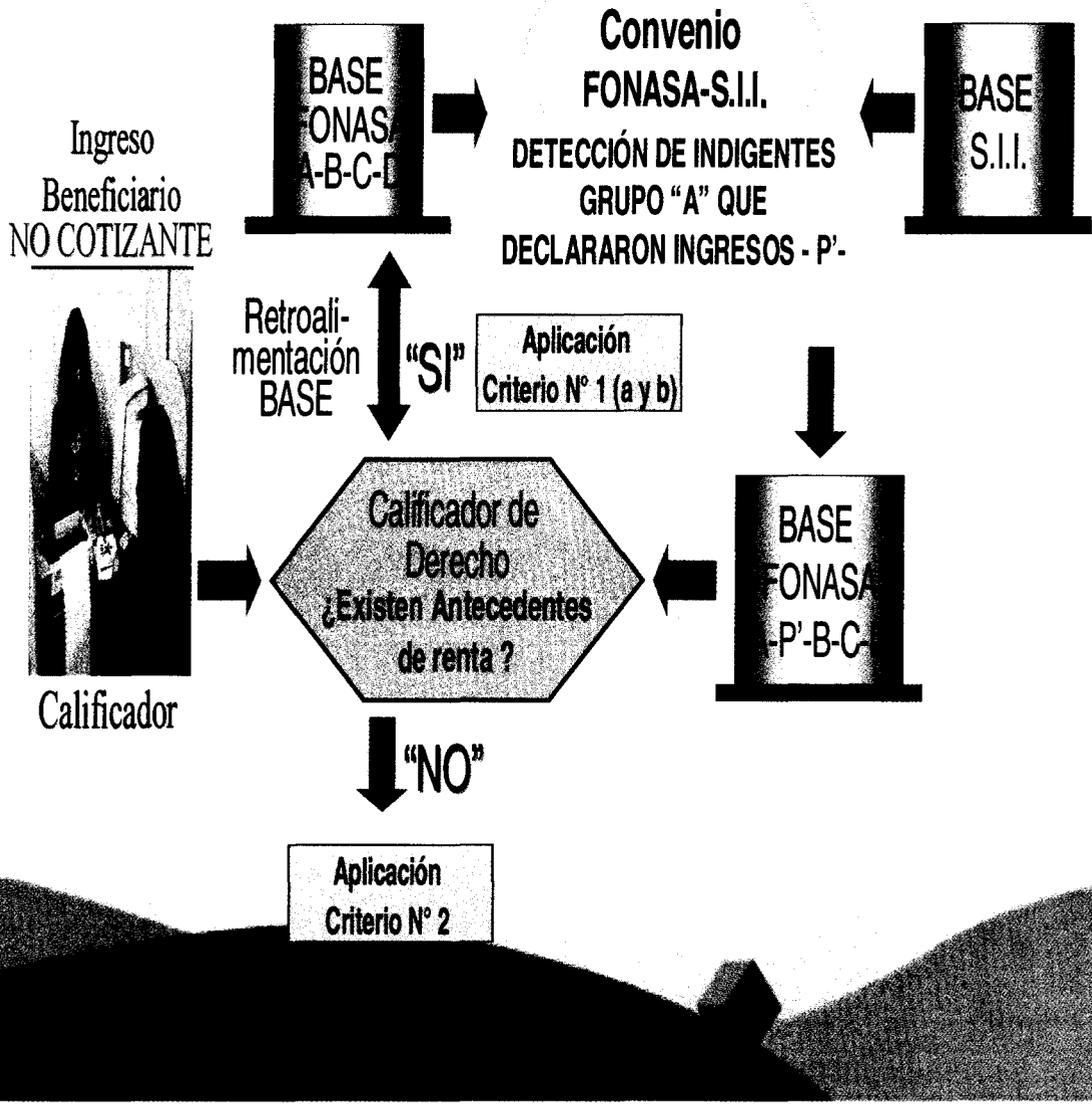


FONASA

PROCESO INFORMÁTICO DE CALIFICACION DE INDIGENCIA



GOBIERNO DE CHILE





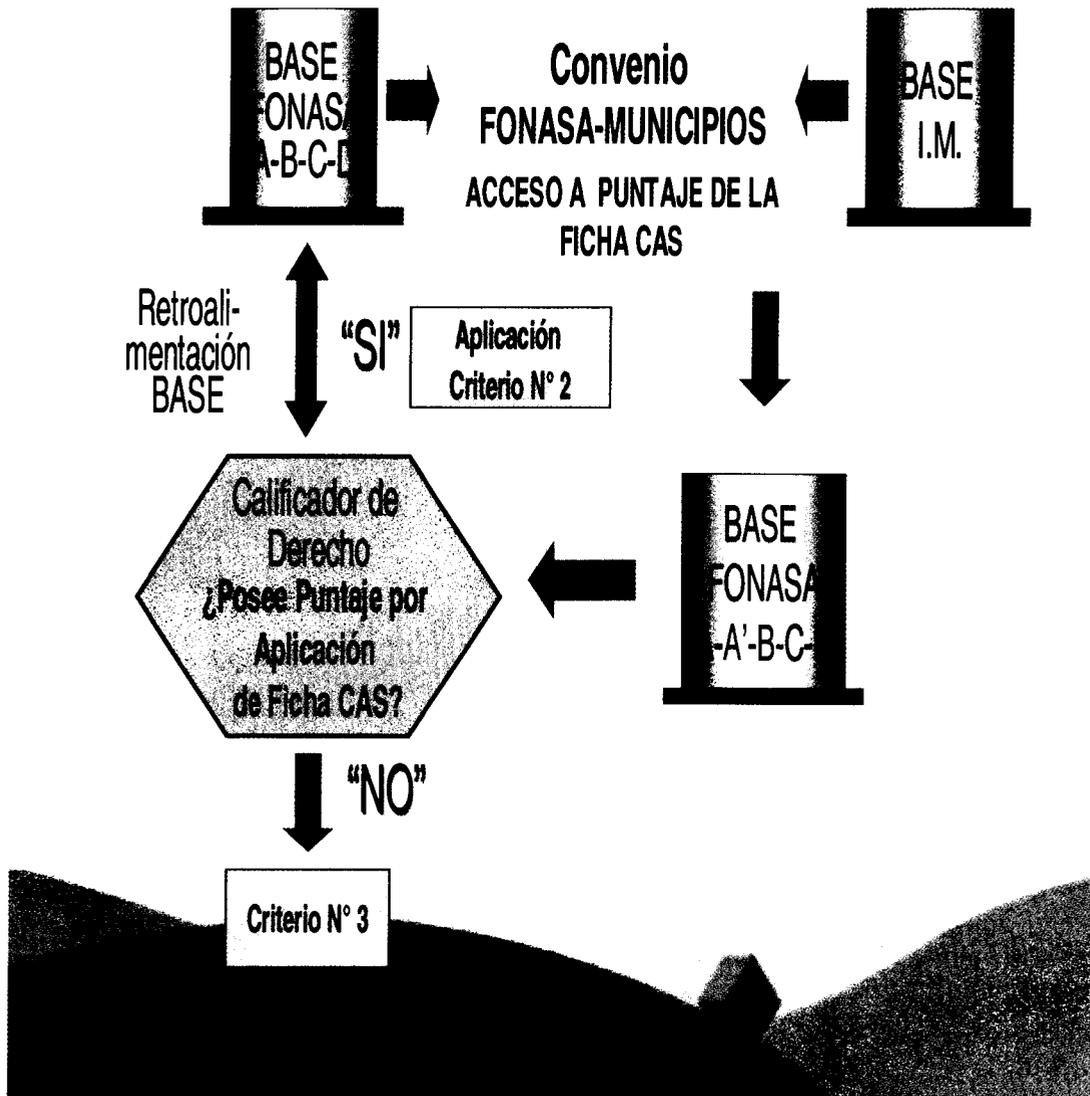
FONASA

PROCESO INFORMÁTICO DE CALIFICACION DE INDIGENCIA

Criterio N° 2



GOBIERNO DE CHILE



3.2. OPINIÓN DEL SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS²²

El Servicio de Impuestos Internos ha detectado que las personas que habían hecho declaraciones de impuestos, figuraban como carentes de recursos. Pueden existir casos excepcionales a la condición de indigencia; sin embargo, llama la atención, que hubiese un número tan alto de personas que habiendo tributado estaban en esta condición, sin poder precisar si esa persona perdió su empleo o finalmente impuso por un corto período de tiempo.

Dentro del proceso de desarrollo e implementación de los módulos informáticos del seguro público de salud, FONASA se ha concentrado en mejorar los mecanismos de control para lograr un manejo óptimo de su base de datos. En este contexto, se ha establecido que la mejor manera de agregar valor a la calidad de la información contenida en estas bases de datos, es validándola con la de otros organismos públicos. Dentro de este marco, la información que maneja el Servicio de Impuestos Internos, es de gran utilidad. Este convenio, consiste en un intercambio de información tanto del Servicios de Impuestos Internos al FONASA, como viceversa, información que será usada para mejorar la gestión de ambos servicios.

Este convenio, está en una etapa de revisión de los aspectos legales que lo sustenten y le den factibilidad de ser aprobados, y no viole ninguna de las leyes de privacidad y discrecionalidad de la información a intercambiar.

El Servicio de Impuestos Internos, no se pronuncia respecto del funcionamiento de otros servicios públicos; sin embargo, condena cualquier uso malicioso de instrumentos públicos.

²² Patricia Paávez, Asesor Departamento de Estudios Económicos y Tributarios S.I.I.

3.3. OPINIÓN DE LA ASOCIACIÓN CHILENA DE MUNICIPALIDADES²³

Los Indigentes para la encuesta CASEN, no resultan lo mismo para el indigente en salud, ya que depende de lo que a la persona le suceda, aún teniendo un ingreso seguro para la atención en salud, puede de igual manera pasar por indigente, por cuanto si padece de alguna enfermedad grave que tenga que pagar una alta suma de dinero mensual por una droga para su tratamiento, esta persona no podrá solventar este gasto.

No es adecuado el criterio que se usa en Chile para determinar quienes entran en el sistema y quienes pagan. De ahí que la gran mayoría de los países en los sistemas de seguridad social en salud, es parte de la tributación total del país, en que sólo los más adinerados pagan en un sistema privado. En el sistema Español, Francés, Alemán, etc. nadie se autopaga su atención en salud, sino que se solventa a través de los impuestos. Esto estuvo en discusión en la reforma pero no ha habido consenso al respecto, porque en este contexto las Isapres desaparecen, ya que si el Estado fuese capaz de poseer un seguro por persona para la atención en salud, podemos pagar más impuesto en el pan, bencina, etc. y así, tener nuestra salud cubierta, para no tener que llegar a hacer colectas cuando una persona padece de una enfermedad catastrófica.

En definitiva, se debe aumentar el financiamiento en salud, pero corregir lo que las personas imponen para salud, dado que los que tienen mayores ingresos compran sus seguros de salud en las Isapres;

²³ Estrella Arancibia, Directora Area de Salud Ilustre Municipalidad de San Bernardo, miembro permanente de la Asociación Chilena de Municipalidades.

aún así a la hora de enfermedades catastróficas igual llegan al sistema público. Así también los que tienen ingresos no demostrados, igualmente acuden al sistema público de salud, entonces es altamente el daño que nos hacemos entre todos.

Se hace muy necesario que se separen las funciones (sistema público y privado), y que haya un sistema de seguridad social único. Esta Asociación tiene verbalmente acordado este tema con el Ministerio de Salud, es decir que se genere a lo largo del país en cada oficina de Fonasa un lugar de calificaciones de tal manera que todos vayan allí a obtener su tarjeta, dando solución definitiva al problema que padecen los más necesitados.

Se debe reformar la Ley para que todos los que tengan ingresos coticen de cualquier forma su 7%, sin acreditar cotizaciones en las A.F.P.

La calificación previsional en salud, debiera ejercerla quien financia, (Fonasa).

Con la Creación de las A.F.P. e Isapres, se demuestra claramente que en Chile hay desigualdades y que no es posible cubrir a todos de la misma manera; lo que ha generado una sociedad sin solidaridad entre las personas. Este es un sistema bastante complicado; sin embargo, finalmente a todas las personas que requieran la atención en salud deben ser atendidos.

Esta Asociación hace más de 4 años que viene planteando esta situación a todos los Ministros de Salud, sin lograr hasta el momento la solución al problema aunque sí lo reconocen.

Hoy son 341 Municipios y cada uno administra sus consultorios, en las comunas más grandes, hay 5 ó 6 de éstos, por lo que Fonasa debiera cambiar la ley para finalizar con el problema.

Es probable que la reforma sea aprobada aunque desde nuestro punto de vista no resuelve el problema en la gestión hospitalaria.

CONCLUSIONES

Se puede concluir de este documento que, el gobierno ha asumido el desafío de superar la pobreza como una de las principales prioridades del país; para esta tarea, se ha puesto en marcha el Programa Nacional para la Superación de la Pobreza (PNSP), cuyo objetivo fundamental es reducir la pobreza en sus formas extremas.

El diseño de políticas orientadas a la reducción de la pobreza, requiere, por cierto, de un claro diagnóstico de la magnitud e intensidad del nivel de pobreza e indigencia y de sus características socioeconómicas.

Consecuentemente, la política social de salud se basa en criterios y orientaciones fundamentados en igualdad de oportunidades sin condición de sexo, edad o situación social, lo que conlleva al mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes, debiendo para ello focalizar la inversión para generar oportunidades de autodesarrollo en los sectores sociales más vulnerables. Las líneas directrices, son por tanto, invertir en la gente y en su entorno.

En este marco, la identificación de la población beneficiaria adquiere gran relevancia y especialmente dentro de ella la calificación de Indigencia. Así estos servicios de salud han desarrollado estrategias para la implementación de la norma de calificación de indigencia y su seguimiento con asesorías y capacitación permanentes. Esto ha permitido facilitar el acceso a aquellos usuarios que carecen de previsión y de recursos, para aportar directamente al financiamiento de las acciones de salud que recibe y, educa en materias previsionales promoviendo la cotización de trabajadores independientes.

Frente a la clasificación de indigente en salud, y la forma de operar respecto del otorgamiento de la tarjeta de gratuidad, para la atención tanto en Consultorios de Atención Primaria, como en Hospitales del Servicio de Salud Pública, las municipalidades conjuntamente con el Departamento de Salud y Consultorios de la correspondiente comuna, son los encargados de otorgar el beneficio de gratuidad a través de la Oficina de Estratificación Social, y la persona asignada de dicha función tiene la facultad de solicitar los antecedentes básicos para que cada beneficiario obtenga el beneficio requerido.

En este proceso, las Municipalidades juegan un rol preponderante, ya que son estos organismos a través de sus Direcciones de Desarrollo Comunitario (DIDECO) y su Departamento de Estratificación Social, los que están más cerca de la masa poblacional en su distrito, permitiendo una interacción más fluida entre usuarios y organismo estatal; por tanto, tienen un conocimiento más veraz de la situación de estas personas, debido a la gestión de este departamento para otorgar la Ficha CAS, indicada y definida en el marco teórico.

Por otro lado, el avance que ha experimentado la tecnología informática y el desarrollo del gobierno electrónico propugnado por el actual gobierno, contribuirá a brindar un eficaz y oportuno control a la gestión de la entrega del beneficio tratado en este documento. El control consistirá en generar una red interservicios que contenga un base de datos entregados por los municipios a través de la encuesta CAS a MIDEPLAN, quien cotejará los datos para traspasarlos a FONASA, entidad que en definitiva almacena dicha información para finalmente remitirlos al consultorio correspondiente –calificador de derechos -.

De acuerdo al análisis respecto del otorgamiento de la Tarjeta de Gratuidad en Salud y, habiendo conocido la opinión de los demás Servicios Públicos involucrados en la gestión del tema presentado, podemos concluir que:

Del Estado se demanda un gran impulso para potenciar la igualdad y responsabilidad de la función pública, tomando las medidas que aseguren la eficiencia y eficacia de sus instituciones, fortaleciendo el proceso de profundización democrático con la modernización de la gestión pública, ya que la igualdad de oportunidades para todos los chilenos son las premisas que inspiran su gestión; este desafío no es solo responsabilidad del gobierno, es una tarea del estado y un compromiso de país.

Lo anterior, por cuanto la situación económica imperante en el país, la adscripción al sistema público de salud, es mayor entre la población de menores ingresos, por el contrario aquella población de mayores ingresos opta por su afiliación a una Isapre.

Entre los programas de Asistencia Social orientados a mejorar la calidad de vida de los chilenos, está el de la entrega del beneficio de atención gratuita en salud para los indigentes y sus familias, beneficio referido a tarjeta de gratuidad que ha permitido colocar al usuario como el centro de gravedad de la acción del estado.

En el transcurso de la investigación de este tema hemos podido apreciar que a pesar de los esfuerzos hechos tanto por el Ministerio de Salud, como de los demás servicios públicos involucrados, igual persiste aún un segmento de la ciudadanía específicamente trabajadores independientes que, vulnerando todas las normas escritas para adquirir este beneficio, lo obtienen y, hacen por tanto, un mal uso de ello, aunque moralmente no les corresponde; por lo que Fonasa ha iniciado algunos convenios con las demás instituciones en que será posible detectar a las personas que incurren en esto.

También hemos podido apreciar que como lo dice la Asociación Chilena de Municipalidades que es necesario que se cambie la ley, que ya está en el congreso un proyecto de ley nuevo, pero al tenor de la Asociación Chilena de Municipalidades

con todo lo dicho por ésta, este problema no se soluciona pues no lo ponen en un capítulo sino solo en un enunciado; por lo que nosotros creemos que es necesario disponer de un mayor financiamiento para la atención gratuita creando tal vez un sistema social en salud más amplio, como el de otros países, aunque se deba pagar más impuestos, para así cubrir de mejor manera especialmente a los de menores recursos.

Como el Estado no puede ni debe convertirse en un ente represor de las personas que obtienen de mala manera este beneficio falseando datos, con sus nuevos programas de modernización y, recurriendo al avance de las herramientas tecnológicas a su alcance, se deben crear mayores políticas públicas sociales en que haya activa participación ciudadana, así ayudaría a las personas a salir de esta emergencia de indigencia y se hará más solidario con el desvalido y no concurrirá a obtener beneficios en forma fraudulenta.

También creemos que, dado que el Ministerio de Salud a través de Fonasa es quien dispone de los fondos para el financiamiento de este beneficio, en su gestión debiera calificar en las oficinas de Fonasa dispuestas a lo largo del país, y crear un mejor sistema de financiamiento a los consultorios primarios que se encuentran descentralizados y a lo largo de los Municipios pertinentes, tomando también en forma más racional los datos obtenidos para la calificación de indigencia que entrega tanto MIDEPLAN en su encuesta Casen y los Municipios en la ficha Cas, ya que son estos últimos los que están en contacto más directos con la población.

Propuestas

En el entendido de que de las Políticas Sociales impulsadas por el gobierno depende la focalización del gasto social, y distribución del ingreso a quienes más lo necesitan, pretendemos que entre todos los actores involucrados en apoyar estas decisiones, se avance hacia la igualdad para acceder al derecho de salud en nuestro país; de igual manera, que las oportunidades para atención en salud para los grupos definidos como prioritarios y población objetivo, se focalicen exclusivamente en éstos.

Una interrelación más efectiva entre el Calificador de Derecho y el Departamento de Estratificación Social de las Municipalidades, permitirá ejercer una efectiva verificación de los antecedentes presentados por el usuario.

Por otra parte, creemos que, con la implementación de una red informática a través del gobierno electrónico, se contribuirá a obtener la veracidad de la información entregada por el usuario.

De igual manera, Fonasa debiera buscar los medios para lograr que el Servicio de Impuestos Internos entregue la información de los contribuyentes, para cotejarlos con sus bases de datos, y de acuerdo a lo solicitado por la Asociación Chilena de Municipalidades, debiera efectuar la calificación de las personas que merecen el beneficio de credenciales en sus oficinas.

Todo lo anterior, con el único propósito de que el indigente en salud, sea considerado y tratado como tal; es decir, con los derechos que la ley le otorga como beneficiario real para la atención primaria en salud.

A N E X O S

GRÁFICOS N°1 y 2

Fuente de Información: www.mideplan.cl (Pobreza, Crecimiento y Distribución del Ingreso en Chile en los noventa), Santiago, julio 2001.



GRÁFICOS N°3 y 4

Fuente de Información: www.mideplan.cl. (Pobreza, Crecimiento y Distribución del Ingreso en Chile en los noventa), Santiago, julio 2001.

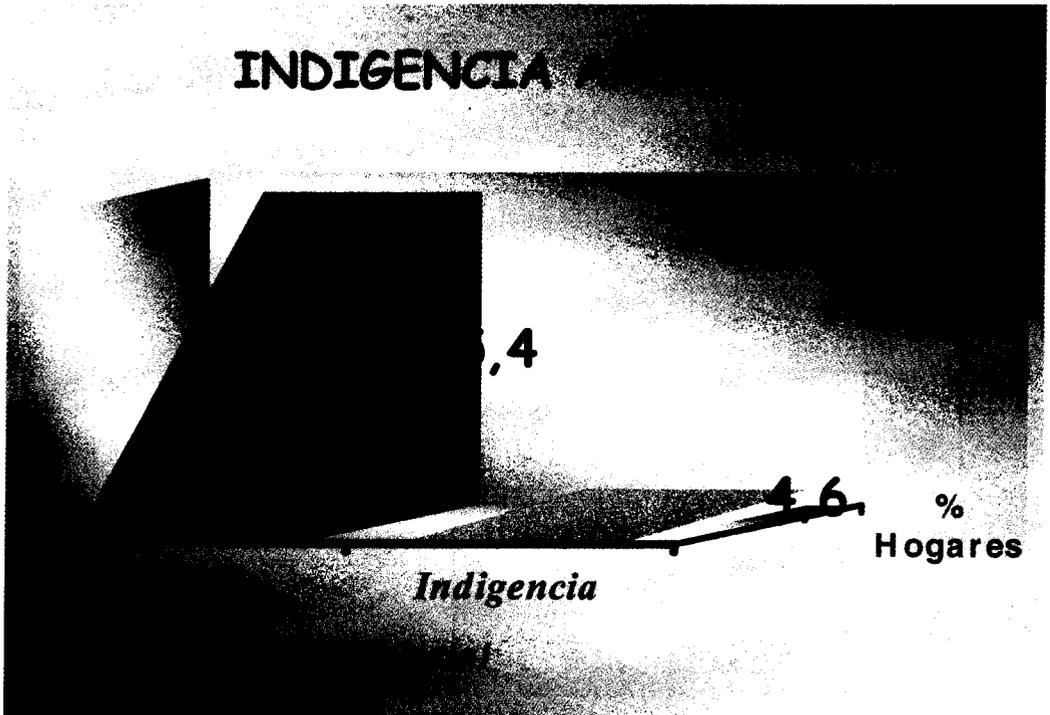
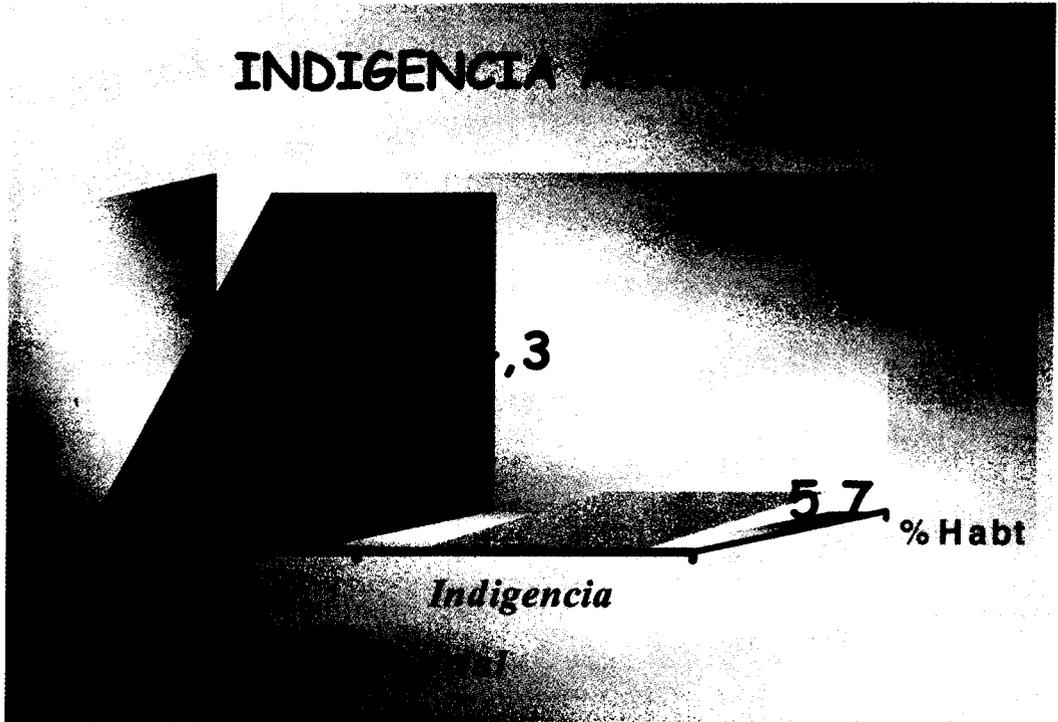


GRÁFICO N°5

Fuente de Información: www.mideplan.cl. (Pobreza, Crecimiento y Distribución del Ingreso en Chile en los noventa), Santiago, julio 2001.

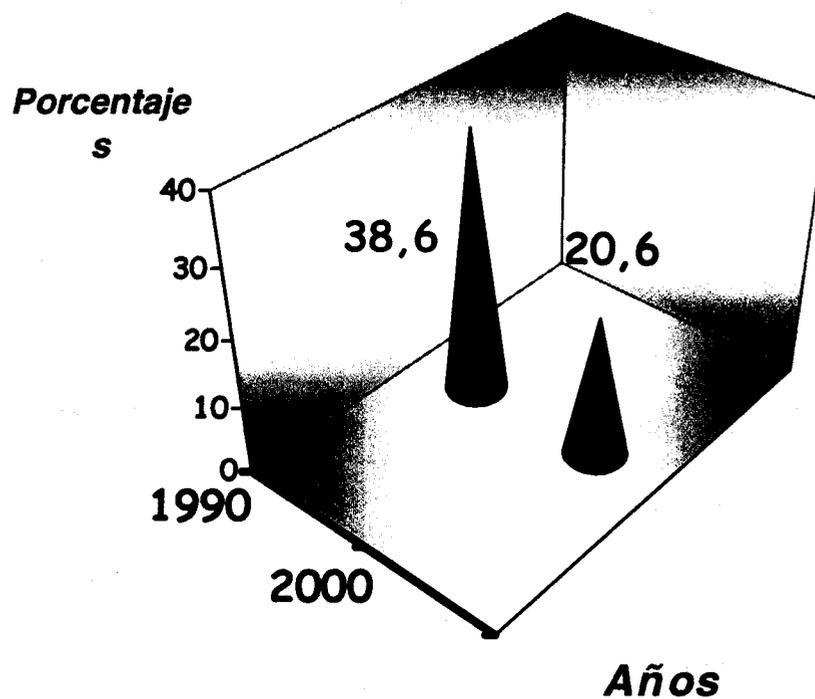
**DISMINUCIÓN POBREZA ENTRE
1990-2000**

GRÁFICO N° 6

Fuente de Información: www.mideplan.cl. (Pobreza, Crecimiento y Distribución del Ingreso en Chile en los noventa), Santiago, julio 2001.

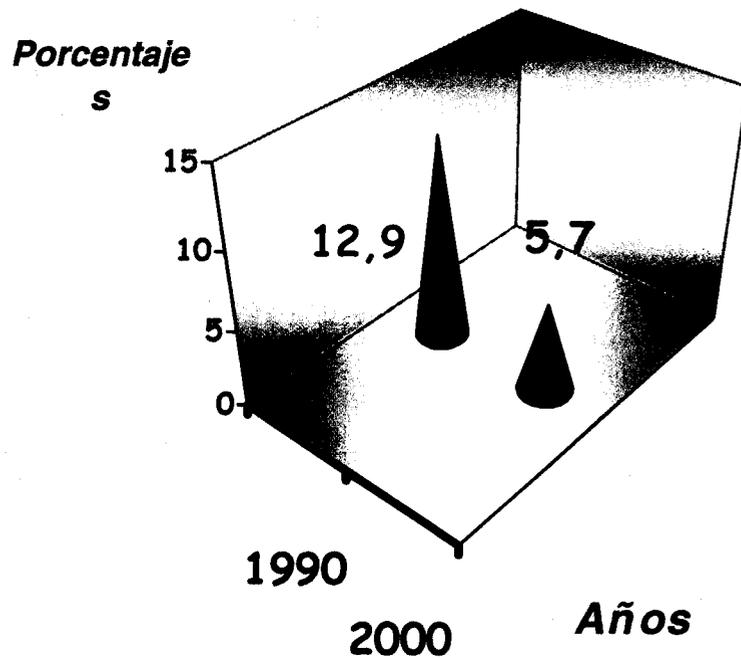
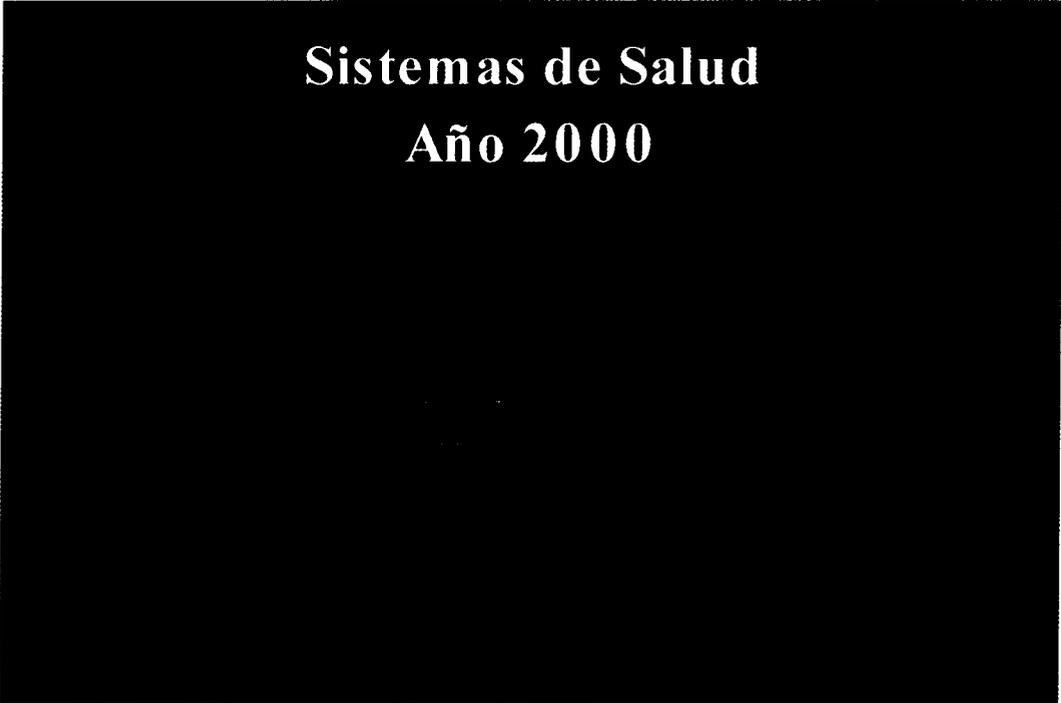
**DISMINUCIÓN INDIGENCIA ENTRE
1990-2000**

GRÁFICO N° 7

Fuente de Información : Entrevista al Sr. José Angulo, Jefe Dpto. de Gestión Estratégica – Estudios (FONASA)



Sistemas de Salud
Año 2000

DECRETO LEY -869

Identificación Norma : DL-869 Fecha Publicación : 28.01.1975

Fecha Promulgación : 15.01.1975

Organismo : MINISTERIO DEL TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

Ultima Modificación : LEY-19578 29.07.1998

ESTABLECE REGIMEN DE PENSIONES ASISTENCIALES PARA NOTA 1
INVALIDOS Y ANCIANOS CARENTES DE RECURSOS NOTA 2

Santiago, 15 de Enero de 1975.- Hoy se decretó lo NOTA 3

que sigue:

Núm. 869.- Vistos, lo dispuesto en los decretos

leyes N°s 1 y 128, de 1973, y 527, de 1974, y

Teniendo presente:

Que es preciso establecer un sistema de pensiones para todos los ancianos e inválidos que carecen de recursos y que por diversas razones no han podido obtener este beneficio de un régimen previsional, de modo de garantizarles un nivel mínimo de subsistencia;

Que el otorgamiento de estas pensiones asistenciales debe realizarse a través de la concurrencia solidaria de todos los regímenes previsionales;

Que el sistema de pensiones asistenciales establecido por el artículo 245° de la ley N° 16.464 ha resultado del todo insuficiente, especialmente en lo que se refiere a su financiamiento;

La Junta de Gobierno de la República de Chile ha acordado dictar el siguiente

Decreto ley:

NOTA 1:

En el art. 5, de la LEY 19307, publicada el 31.05.1994, se fija el monto de las pensiones asistenciales.

NOTA 2:

En el art. 5, de la LEY 19392, publicada el 27.05.1995, se fija el monto de las pensiones asistenciales.

NOTA 3:

En el art.8 de la LEY 19398 publicada el 04.08.1995, se establece un reajuste extraordinario a las

LEY – 18 469

Identificación Norma : LEY-18469

Fecha Publicación : 23.11.1985

Fecha Promulgación : 14.11.1985

Organismo : MINISTERIO DE SALUD

Ultima Modificación : LEY-19650 24.12.1999

Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud

La Junta de Gobierno de la República de Chile ha dado su aprobación al siguiente

PROYECTO DE LEY:

TITULO PRELIMINAR (ARTS. 1-4)

Normas Generales

ARTICULO 1° El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquéllas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.

ARTICULO 2° Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al

pago previo de las tarifas, o aranceles fijados a este efecto, sin perjuicio de lo prescrito en los artículos 16° y 28°.

ARTICULO 3° Los organismos que integran el Sistema Nacional de Servicios de Salud son responsables de la ejecución de las acciones que tiendan a asegurar la salud de los habitantes de la República.

ARTICULO 4° Establécese un Régimen de Prestaciones de Salud, denominado en adelante el Régimen, sujeto a las disposiciones de esta ley.

Sus beneficiarios tendrán derecho a las acciones de salud previstas en esta ley en las condiciones que ella establece.

TITULO I (ARTS. 5-7)

De los afiliados y beneficiarios

ARTICULO 5° Tendrán la calidad de afiliados al Régimen:

a) Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado. Tratándose de personas que hayan LEY 19350, efectuado cotizaciones, al menos, durante cuatro meses Art. 14, 1.- en los últimos doce meses calendario en virtud de contratos por obra o faena determinada, mantendrán la calidad de afiliados por un período de doce meses a contar del mes al que corresponde la última cotización. En todo caso, los trabajadores dependientes contratados diariamente por turnos o jornadas, que registren, al

menos, sesenta días de cotizaciones en los doce meses calendario anteriores, mantendrán la calidad de afiliados durante los doce meses siguientes a aquel correspondiente a la última cotización.

b) Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión;

c) Las personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión en calidad de imponentes voluntarios, y

d) Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.

ARTICULO 6° Serán beneficiarios del Régimen:

a) Los afiliados señalados en el artículo anterior;

b) Los causantes por los cuales las personas señaladas en las letras a) y d) del artículo anterior perciban asignación familiar;

c) Las personas que respecto de los afiliados señalados en las letras b) y c) del artículo anterior cumplan con las mismas calidades y requisitos que exige la ley para ser causante de asignación familiar de un trabajador dependiente;

d) La mujer embarazada aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria, y el niño hasta los seis años de edad, para los efectos del otorgamiento de las prestaciones a que alude el artículo 9°;

- e) Las personas carentes de recursos o indigentes y las que gocen de las pensiones asistenciales a que se refiere el decreto ley 869, de 1975, y
- f) Los causantes del subsidio familiar establecido en la ley 18.020.

ARTICULO 7° La incorporación al Régimen se producirá automáticamente al adquirirse cualquiera de las calidades indicadas en los artículos anteriores y se mantendrá mientras ellas subsistan.

Los afiliados deberán efectuar para el Fondo Nacional de Salud las cotizaciones destinadas a financiar las prestaciones de salud que se establecen en los decretos leyes 3.500 y 3.501, de 1980, o en las respectivas leyes orgánicas de las entidades previsionales a las que pertenecen.

Los beneficiarios deberán proporcionar, oportuna y fielmente, las informaciones que les sean requeridas para su adecuada identificación y atención por los Organismos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Los imponentes voluntarios y los trabajadores independientes estarán sujetos a la cotización señalada en los artículos 85° y 92°, respectivamente, del decreto ley 3.500, de 1980, aplicada sobre la renta por la cual impongan.



SERVICIO DE SALUD ·
HOSPITAL O CONSULTORIO
S.O.M.E.

Nº FICHA CLINICA
FOLIO

“TARJETA CALIFICADORA DE DERECHO
BENEFICIO GRUPO A”

NOMBRE

R.U.T.

DIRECCION

NOMBRE, FIRMA Y TIMBRE
DEL CALIFICADOR DE
DERECHO

GRUPO FAMILIAR

NOMBRE

F. DE NACIMIENTO

RELACION

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

Fecha emisión
Revalidación
Fecha emisión

Fecha Vencimiento

Fecha Vencimiento

MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD _____ FOLIO _____
ESTABLECIMIENTO _____ FECHA _____

DECLARACION JURADA SIMPLE

YO _____
RUT _____ FICHA CLINICA _____
DOMICILIADO EN _____ COMUNA _____

II. DECLARO CONOCER EL ART. 38 DE LA LEY N° 18.469 QUE SEÑALA
"LAS PERSONAS QUE SIN TENER LA CALIDAD DE BENEFICIARIOS
OBTUVIERAN MEDIANTE SIMULACIÓN O ENGAÑO LOS
BENEFICIOS DE ESTA LEY Y LOS BENEFICIARIOS QUE EN IGUAL
FORMA OBTUVIEREN UN BENEFICIO MAYOR QUE EL QUE LES
CORRESPONDE SERÁN SANCIONADOS CON RECLUSIÓN MENOR
EN SU GRADO MÍNIMO A MEDIO.

EN IGUAL SANCION INCURRIRAN LAS PERSONAS QUE FACILITEN
LOS MEDIOS PARA LA COMISION DE ALGUNO DE LOS DELITOS
SEÑALADOS EN EL INCISO ANTERIOR.

2. QUE MIS INGRESOS MENSUALES SON DE APROXIMADAMENTE
\$ _____.-

3. QUE NO ESTOY AFILIADO A REGIMEN PREVISIONAL ALGUNO,
NI SISTEMA DE SALUD QUE ME PERMITA ACCEDER A LAS
PRESTACIONES MEDICAS QUE NECESITO.

4. MI GRUPO FAMILIAR ESTA COMPUESTO POR:

NOMBRE	RELACION	EDAD
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		
5.....		

Firma del Declarante

Nombre, firma y timbre del
Calificador de Derecho

III. CLASIFICACION DEL CALIFICADOR DE DERECHOS

_____ Indigente absoluto Desde _____ Hasta _____

_____ Indigente condicionado Desde _____ Hasta _____

ENCUESTA CAS

SISTEMA DE INFORMACION SOCIAL

FOLIO N° _____

SECCION 0: DATOS GENERALES

METROPOLITANA REGION	1	1 3	LO PRADO COMUNA	3	2 8	4	1
SANTIAGO PROVINCIA	2	1	UNIDAD VECINAL	5	0	0	URBANA 2 RURAL

FECHA DE SUPERVISION							
FECHA DE ENCUESTA							
	DIA	MES	AÑO				

7	8	9	10	11	12	13	14	ENCUEST	16
CA	NOMBRE DEL CAMPAMENTO POBLACION O VILLA	CODIGO	MANZANA	COD. CALLE	NOMBRE DE LA CALLE O CAMINO	NUMERO	BLOCK/CASA	DEPTO./SITIO	<input type="text"/>
									REVISOR
									17
CS	SECTOR			COD. CALLE	NOMBRE DE LA CALLE, CAMINO O CARRETERA	NUMERO	ACLARATORIA		SUPERV
									18
7-A	8-A	11-A	12-A	13-A	14-A				

SECCION 1: PROTECCION AMBIENTAL

19 MATERIAL USADO EN MUROS EXTERIORES DE LA VIVIENDA

- 1 Ladrillo, concreto o bloque
- 2 Albañilería de piedra
- 3 Tabique forrado
- 4 Adobe
- 5 Mixto aceptable (combinación de materiales, pero algunos de tipo 1 a 4)
- 6 Barro quuncha, pirca
- 7 Tabique sin forro interior
- 8 Desecho (cartón, latas, sacos, etc.)
- 9 Mixto deficiente (combinación de materiales, pero ninguno de tipo 1 a 4)

19

20 MATERIAL UTILIZADO EN EL PISO DE LA VIVIENDA

- 1 Radier revestido (radier cubierto con parquet, tabla, linóleo, flexil, baldosa, alfombra, cerámica, etc.)
- 2 Radier no revestido (radier a la vista)
- 3 Mixto aceptable (combinación de materiales, pero alguno de tipo 1 ó 2)
- 4 Madera colocada sobre solera o vigas
- 5 Madera, plástico o pastelones colocados directamente sobre la tierra
- 6 Piso de tierra
- 7 Mixto deficiente (combinación de materiales, pero ninguno de tipo 1 ó 2)

20

21 MATERIAL USADO EN EL TECHO DE LA VIVIENDA

- 1 Teja, tejuela, losa, piedra
- 2 Zinc o pizarreño con cielo interior
- 3 Mixto aceptable (combinación de materiales, pero alguno de tipo 1 ó 2)
- 4 Zinc o pizarreño, sin cielo interior
- 5 Fonolita
- 6 Paja, coirón, tolor, caña
- 7 Desecho (cartón, latas, sacos)
- 8 Mixto deficiente (combinación de materiales, ninguno de tipo 1 ó 2)

21

SECCION 2: HACINAMIENTO

22 PIEZAS OCUPADAS DE LA VIVIENDA

Dormitorios _____

Estar (living) _____

Comedor _____

Estar Comedor _____

Cocina (solo si es utilizada como estar o comedor) _____

Total de Piezas _____ 22

SECCION 3: SANEAMIENTO Y CONFORT

23 TIPO DE ABASTECIMIENTO DE AGUA DE LA VIVIENDA

El agua proviene de red pública de agua potable

- 1 Con llave dentro de la vivienda
- 2 Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda
- 3 De llave de pilón o grño ubicado fuera del sitio

El agua no proviene de red pública de agua potable

- 4 Con llave dentro de la vivienda
- 5 Con llave dentro del sitio, pero fuera de la vivienda
- 6 Por acarreo

23

24 SISTEMA DE ELIMINACION DE EXCRETAS DE LA VIVIENDA

De uso exclusivo (No comparte con otras viviendas)

- 1 W.C. conectado a alcantarillado
- 2 W.C. conectado a fosa séptica
- 3 Letrina sanitaria
- 4 Pozo negro

De uso compartido (con otras viviendas)

- 5 W.C. conectado a alcantarillado
- 6 W.C. conectado a fosa séptica
- 7 Letrina sanitaria
- 8 Pozo negro

9 No tiene (eliminación a campo libre)

24

25 DISPONIBILIDAD DE TINA O DUCHA

De uso exclusivo (no comparte con otras viviendas)

- 1 Tina o ducha, con agua caliente
- 2 Tina o ducha, sin agua caliente

De uso compartido (con otras viviendas)

- 3 Tina o ducha, con agua caliente
- 4 Tina o ducha, sin agua caliente

5 No tiene

25

26 SUMINISTRO ELECTRICO DE LA VIVIENDA

La vivienda dispone de electricidad

- 1 Con medidor particular
- 2 Con medidor compartido (con otras viviendas)
- 3 Sin medidor

4 La vivienda no dispone de electricidad

26

OBSERVACIONES

TELEFONO:

DECLARACION: Declaro que los datos proporcionados son fidedignos y asumo la responsabilidad por ello.

FAM 1 _____ ()

FAM 2 _____ ()

FAM 3 _____ ()

FAM 4 _____ ()

NOTIFICACION

SR. (A) _____ CIN° _____

DIRECCIÓN _____ N° _____ B _____ D _____

FUE VISITADA EL DÍA _____, PARA LA APLICACIÓN DE LA **FICHA CAS II**, SIN ESTA, SU TRAMITE QUEDARA CONGELADO.

SÍRVASE LLAMAR POR TELEFONO AL 388 74 37 - 388 74 36, O CONCURRIR AL MUNICIPIO, PARA PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA EL HORARIO DE ATENCION ES DE LUNES A VIERNES DE LAS 8:30 A 13:30 HRS.

ENCUESTADOR _____ CODIGO _____



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DEPTO. DE INSPECCION

SDA - Auditoría - Jurídica

Exentada

9 JUL 1992



APRUEBA NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA
N° 3 Y DEROGA DIRECTIVA PERMANENTE IN-
TERNA ADMINISTRATIVA N° 10.

EXENTA N° 110 /

SANTIAGO, p 8 JUL 1992

VISTO : lo dispuesto en los Artículos 4º letra b) y 6º del Decreto Ley N° 2763 de 1979, en el Artículo 9º del Decreto Supremo N° 395 de 1979 y en la Resolución Exenta N° 123 de 27 de marzo de 1992, que cambió las series "Directivas Permanentes Internas" por "Normas Generales" y

CONSIDERANDO : la necesidad de atender peticiones planteadas por los Servicios de Salud y de establecer una normativa sobre la Calificación de Gratuidad en los establecimientos de los Servicios de Salud, que sea armónica con los requerimientos asistenciales de aquellos organismos, dicto la siguiente :

R E S O L U C I O N :

1 APRUEBASE la Norma General Administrativa N° 3, sobre Calificación de Gratuidad de las personas que requieren atención en los establecimientos de los Servicios de Salud, cuyo texto es el siguiente :

NORMA GENERAL ADMINISTRATIVA N° 3
" CALIFICACION DE GRATUIDAD "

1.- OBJETIVO.

Orientar y unificar los criterios de calificación de las personas que requieran atención en el Sistema Nacional de Servicios de Salud que, no teniendo la calidad de afiliados o beneficiarios, no posean los recursos para cancelar las prestaciones de salud, cautelando en los establecimientos la recaudación de los ingresos que correspondan, vigilando la calidad de la entrega de la atención, en términos de oportunidad, eficiencia y equidad.

2.- BENEFICIARIOS.

De acuerdo al art. 61° del Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, estarán afectos al sistema de gratuidad aquellas personas que se clasifiquen en los Grupos A y B; quienes deberán, en cada caso, acreditar su condición con la siguiente documentación :

2.1. Grupo A:

- | | |
|---|--|
| 2.1.1. Beneficiario de pensiones asistenciales de invalidez y ancianidad (DL 869/75). | - Carné de identidad.
- Comprobante de pago de la pensión devengada. |
| 2.1.2. Deficiencia mental a que se refiere la Ley 18.020, cualquiera sea su edad, siempre que no sea causante de subsidio familiar. | - Carné de identidad de la persona natural que recibe el beneficio del causante.
- Comprobante de pago de la última pensión devengada.
- Declaración jurada simple que el causante se encuentra bajo el cuidado permanente de la persona que cobra la pensión. |

- 2.1.3. Beneficiarios de Subsidio de cesantía (DFL 150/81) del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y cargas familiares.
- Carné de identidad.
 - Comprobante del último pago del subsidio devengado.
 - Certificado de reconocimiento de carga, libreta de matrimonio o declaración jurada simplemente, constatando que vive a expensas del causante del subsidio de cesantía.
- 2.1.4. Causante del subsidio familiar establecido en la Ley 18.020.
- Carné de identidad de cargas que tuvieren.
 - Comprobante de pago del subsidio cancelado.
 - Carné de Identidad de la persona que recibe el subsidio del causante.
 - Libreta de matrimonio o certificados de nacimiento de menores de 15 años.
- 2.1.5. Menores internos en establecimientos del Servicio Nacional de Menores (SENAME).
- Certificados del Director del establecimiento en que está internado el menor.
- 2.1.6. Cesantes sin derecho a subsidio de cesantía y sus cargas familiares.
- Finiquito con antigüedad no mayor a un año.
 - Libreta de matrimonio o certificados de nacimiento de menores de 15 años.
- 2.1.7. Personas indigentes o carentes de recursos.
- Carné de identidad.
 - Tarjeta calificadora de derechos, extendida por la SOME del establecimiento.

2.2. Grupo B :

Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda de lo establecido para este grupo en la Ley de Salud, lo que se acredita con la tarjeta FONASA.

Se exceptúan las prestaciones dentales, de especialidad, por las cuales se deberá cancelar el ~~4~~ del valor, según arancel, siempre que los usuarios sean mayores de 14 años y no se trate de embarazadas.

2.3. Igualmente se consideran exentas de pago las personas adscritas a Programas de Absorción de Cesantía, que perciban mensualmente una suma igual e inferior a lo establecido para clasificar en el Grupo B.

3.- CALIFICACIÓN DE PERSONAS INDIGENTES O CARENTES DE RECURSOS.

3.1. Criterios para calificación según categoría de indigencia.

3.1.1. Indigentes absolutos :

Serán calificadas como tales aquellas personas cuyo ingreso mensual no exceda la suma equivalente establecida para el Grupo B, y que no estén afectos a ningún régimen previsional, leyes especiales o convenios que les den derecho a asistencia médica.

3.1.2. Indigentes condicionados :

Tendrán esta calificación aquellas personas cuyo ingreso mensual sea menor o equivalente al monto establecido para el Grupo C, que no estén afectos a ningún régimen previsional, leyes especiales o convenios que le den derecho a asistencia médica.

Se considera ingresos a la suma de toda utilidad (dinero) o beneficio (especies) que rinda una cosa o actividad, cualquiera sea su naturaleza, origen o denominación que perciba el beneficiario en forma habitual cada mes.

4.- IMPLEMENTACION Y EVALUACION DEL SISTEMA DE CALIFICACION.

4.1. Unidad de Calificación : La Sección de Orientación Médica y Estadística (SOME) deberá disponer de una Oficina Calificadora con personal administrativo capacitado para ejercer las funciones de Calificador, quien será responsable de extender la "Tarjeta de Beneficiario Grupo A" a las personas indigentes o carentes de recursos.

4.2. Calificador : Dicha persona debe cumplir con los siguientes requisitos :

- Enseñanza Media completa, de preferencia Técnica en Bienestar Social o su equivalente, título otorgado por Centros de Formación Técnico-Profesional o Centros de Formación Técnico-Superior.
- Capacitación específica realizada en el Servicio de Salud respectivo.
- Facilidad de comunicación y condiciones adecuadas para establecer relaciones humanas positivas.

4.3. Supervisión y evaluación del Sistema : La Subdirección Administrativa en coordinación con la Subdirección Médica de los Servicios de Salud, será responsable de la implementación, supervisión y control de las Unidades Calificadoras, pudiendo delegar en los Directores de establecimientos la supervisión y control local.

5. - PROCEDIMIENTO.

La Unidad de Admisión derivará a la Unidad Calificadora a todo paciente que declare ser indigente y no acredite su condición mediante la documentación necesaria.

- 5.1. El Calificador procederá a entrevistar al paciente a fin de :
- ratificar la declaración de indigencia.
 - confirmar la carencia de afiliación a un régimen previsional.
 - descartar la existencia de ingresos superiores a los establecimientos para el Grupo C, y de convenios o leyes que le den derecho a asistencia médica.
 - facilitar el formulario tipo, de declaración jurada simple, que deberá ser firmado por el declarante.

En caso de contar con índice CAS, éste se considerará sólo como antecedente para los efectos de determinar indigencia; no teniendo el carácter de exclusivo.

En aquellos casos en que la entrevista al solicitante resulte dudosa, el Calificador podrá pedir asesoría de la Unidad de Asistencia Social del establecimiento. (D. DECO).

- 5.2. Basado en los antecedentes obtenidos, otorgará una "Tarjeta Beneficiario Grupo A" por un plazo determinado por el tipo de indigencia, la que será renovada si corresponde :
- Indigente absoluto : válida por 12 meses.
 - Indigente condicionado : válida por 6 meses, período durante el cual deberá afiliarse a un sistema previsional.

5.3. La "Tarjeta de Beneficiario Grupo A" será válida en todos los establecimientos pertenecientes y adscritos al Sistema Nacional de Servicios de Salud, cualquiera que sea su nivel de complejidad, sin perjuicio que, en caso de duda, mientras se otorga la atención solicitada, el Servicio de Salud o establecimiento, verifique y confirme o modifique la calificación del usuario.

Se reitera la necesidad de poner especial acuciosidad en la verificación de los antecedentes del usuario.

5.4. La "Tarjeta de Beneficiario Grupo A", deberá consignar como mínimo, los siguientes datos :

- Nombre y apellidos del beneficiario.
- Carné de identidad del beneficiario.
- Domicilio del beneficiario.
- Establecimiento donde se otorga la Tarjeta.
- Número de folio de la Tarjeta.
- Número de la ficha clínica.
- Número de la ficha social, (cuando exista el documento).
- Fecha de emisión y vencimiento.
- Grupo familiar (en caso que el beneficiario legal tenga la calidad de Jefe de Hogar).
- Nombre, firma y timbre del Jefe de la SOHE.

5.5. Registro : Se mantendrá un libro de registro con el nombre y carné de identidad del paciente al que se le otorgó la "Tarjeta" y el Folio correspondiente.

5.6. Pacientes referidos y atención de urgencia : En aquellos casos en que el paciente concorra por primera vez al establecimiento y manifieste su calidad de indigente sin poseer la Tarjeta, y sólo si el requerimiento de atención es de urgencia, se le enviará a la Unidad de Emergencia más cercana o será atendido en el mismo establecimiento, extendiéndose una autorización provisoria que lo libere del pago por esa única vez, mientras realiza el trámite correspondiente en la Oficina Calificadora.

Si la atención solicitada no es de urgencia, el paciente deberá concurrir a la Oficina Calificadora para constatar su calidad de indigente, al mismo tiempo que se le da la primera citación.

6. - ANTECEDENTES LEGALES.

- Ley N° 18.469, que crea el derecho constitucional a la protección de la salud y crea el Régimen de Prestaciones de Salud.
- D.S. N° 369 del 22.11.85 y las modificaciones hechas en el D.S. N° 299 del 13.10.86, aprueba el Reglamento del Régimen de Prestaciones de Salud, determina clasificación de grupos de :

Grupo A : Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el D.L. N° 869, de 1975, y causantes del subsidio familiar establecido en la Ley N° 18.020.

Grupo B : Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda de \$

Grupo C : Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior a \$ y no exceda de \$

Grupo D : Afiliados cuyo ingreso mensual exceda de \$

(NOTA : valores vigentes al momento de elaborar el documento).

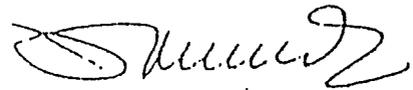
- D.L. N° 869, que indica las pensiones asistenciales.
- D.F.L. N° 150 de 1981, indica las causales de subsidio de cesantía.
- D.S. N° 368, art. 4°, y N° 369, art. J (Diario Oficial del 02.07.87 del Ministerio de Hacienda) indican las situaciones de subsidio familiar y pensión asistencial, respectivamente.
- Circular N° 3C/07 del 20.01.87, recomienda el estudio de la implementación de mecanismos destinados a lograr una adecuada clasificación.
- Resolución Exenta N° 513 de 12.04.90, del Ministerio de Salud, que establece la gratuidad a los grupos A, B, C y D, en las prestaciones de modalidad institucional en los establecimientos del Nivel Primario de atención.

Mediante esta Norma General se dejan sin efecto las instrucciones contenidas en la Directiva Permanente Interna Administrativa N° 10, de noviembre de 1988.

2° LA NORMA EN REFERENCIA consta de 6 páginas, cuyos originales quedarán en poder del Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud, para todos los efectos a que haya lugar.

3° DEJASE SIN EFECTO la Directiva Permanente Interna Administrativa N° 10, distribuida por Circular N° 099, de 08.11.88, del Subsecretario de Salud.

ANOTESE Y COMUNIQUESE,



DR. JORGE JIMENEZ DE LA JARA
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCION:

- Sr. Subsecretario de Salud
 - Secretarios Regionales Ministeriales
 - Directores de Servicios de Salud
 - Jefe de Gabinete Sr. Ministro de Salud
 - Jefes de Divisiones del MINSAL
 - Jefes de Departamentos del MINSAL
 - Oficina de Partes.
-

Bibliografía

Ministerio de Salud	Decreto Ley N° 869, “Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de salud y crea un régimen de prestaciones de salud. año 14.11.1985.
	Decreto Ley N° 3500, “Sistemas de Pensiones”.
Fondo Nacional de Salud (FONASA),	“Ordinario CI”, de fecha 14/11/1996 Elaborado por Fonasa. Santiago, Chile. 1996.

<http://www.congreso.cl>
<http://www.construyepais.cl>
<http://www.fonasa.cl>
<http://www.fundacionpobreza.cl>
<http://www.gobiernodechile.cl>
<http://www.infopais.cl>
<http://www.lasegunda.com/especiales/a.fondo>
<http://www.mideplan.cl>
<http://www.minsal.cl>
<http://www.misaud.gov.co/sgss>
<http://www.modernizacion.cl>
<http://www.sii.cl>
<http://www.sofofa.cl>
<http://www.udec.cl>
<http://www.vitanet.cl>

Martínez Pizarro, Jorge y
Vial Peñailillo, Claudio.

“Temas de Políticas en Población, Pobreza y Equidad”. (Proyecto población y pobreza para el desarrollo de políticas públicas en Chile).

Editado por Mideplan. Santiago, Chile.

Mideplan	<p>“Estrategia integral a favor de familias en extrema pobreza”.</p> <p>Editado por Mideplan. Santiago, Chile. 2002</p>
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	<p>“Memorándum N° 284” de fecha 27/07/1995.</p> <p>Editado por Departamento Programas de las Personas. Santiago, Chile.</p> <p>“Memorándum N° 457” de fecha 19/04/2000.</p> <p>Editado por departamento Atención Integrada. Santiago, Chile.</p>

