

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA CIENCIA POLÍTICA Y ADMINISTRATIVA

**MODELOS DE SALUD EN CHILE Y SU COMPARACIÓN
CON MODELOS VIGENTES EN EL MUNDO**

Profesor Guía	:	Sr. Héctor Chamaca P.
Profesor Informante	:	Sr. Pablo Butikofer R.
Alumnos	:	Anita M González Arenas Delia E. Castro Quintana José Fco. Moreno Castillo

Tesis para optar al grado de: Licenciado en Ciencias Políticas y Administrativas
Tesis para optar al título de : Administrador Público

Rancagua
2003

*“ Todo tiene un momento , el momento en que debes aprender lo que necesitas aprender. Acuérdate siempre: **No hay casualidad** ”.*

DEDICATORIA:

A Leo, por su apoyo incondicional

A Mila, por el tiempo que no estuve con ella

A ellos, por el tiempo que no estuvimos juntos

INDICE

Capítulo I

1.1.-Introducción.....	1
1.2.-Hipótesis.....	4
1.3.-Justificación.....	4
1.4.-Objetivo General.....	4
1.5.-Objetivos específicos.....	5
1.6.-Metodología.....	5
1.7.-Marco teórico.....	6

Capítulo II

2.1.-Antecedentes históricos de los sistemas de salud Chilenos.....	11
2.2.-La medicina en la conquista. Siglo XVI.....	11
2.3.-La medicina en la colonia. Siglo XVII.....	12
2.4.-La medicina en la república. Siglo XIX.....	14
2.5.-La medicina en la república. Siglo XX.....	15

Capítulo III

3.1.-Periodo de servicios locales de salud. 1552 – 1917.....	17
3.2.-Periodo de maduración del desarrollo social y del Sist. Salud 1917 –1952....	19
3.3.-Periodo del Servicio Nacional de Salud. 1952 – 1973:.....	21
3.4.-Periodo del gobierno militar y reformas neoliberales. 1973 – 1990.....	25
3.5.-Periodo de gobierno de la concertación. 1990 en adelante.....	32

Capítulo IV

4.1.-Primera reforma de salud en Chile. Ley 10.383/ 52.....	34
4.2.-Cuadro comparativo ley seguro obrero (4.054) y proyecto de reforma.....	34

4.3.-Aseguramiento, Proveedores y Financiamiento.....	43
4.2.1.-Segunda reforma de Salud en Chile. Ley 18.469/79.....	45
4.2.2.-Aseguradores, Proveedores y Financiamiento.....	54
4.3.1.-Tercera reforma de salud en Chile: en proceso.....	61
- Posición de Chile en el ranking de desempeño, según diversos indic.....	63

Capítulo V

5.1.- Análisis Comparativo de Modelos de Salud en el mundo.....	70
5.1.1.- Estados Unidos.....	71
5.1.2.- Canadá.....	80
5.1.3.- Gran Bretaña.....	85
5.1.4.- Colombia.....	89
5.1.5.- Chile.....	102
5.2.- Sistemas de salud: Chile, EEUU, Gran Bretaña, Colombia, Canadá.....	110
5.3.- Gastos en Salud : Chile, EEUU, Gran Bretaña, Colombia, Canadá.....	111

Capítulo VI

6.1.- Fuentes de Datos.....	112
6.2.- Marco Legal.....	112
6.4.-CONCLUSIONES.....	114
6.5.-BIBLIOGRAFÍA.....	118

MODELOS DE SALUD EN CHILE y SU COMPARACIÓN CON MODELOS VIGENTES EN EL MUNDO

Capítulo I

1.1.- INTRODUCCION:

Nuestro país tiene una historia de reformas o cambios en su estructura de salud. Son una mezcla de modelos copiados desde fuera, principalmente Europa, con elementos autóctonos. Así nuestro país ha ido a un ritmo bastante compatible con las grandes reformas sociales post revolución industrial de la segunda parte del Siglo XIX (pobreza e higiene pública), del desarrollo de la seguridad social (1924, Seguro Obrero), de las estructuras del estado benefactor (1952, Servicio Nacional de Salud) , de la descentralización y privatización (1980, Isapres, Servicios Regionales, FONASA) y, últimamente de la búsqueda de eficiencia de lo público con equidad en lo privado (1990 adelante).¹

Todos estos procesos de reforma han sido lentos e incrementales. Cada propuesta de ley ha contado con detractores y partidarios, siendo normalmente los argumentos casi los mismos. Empresarios y propietarios se han opuesto siempre y sistemáticamente a los mayores gastos y a la injerencia del Estado. Así ocurrió con la obligación de

¹ Jiménez J. y Bossert T. " Chile's Health Sector Reform:Lessons from Four Reform Periods", en Health Sector Reform in Developing Countries, P Berman editor, Harvard University Press, 1955

vacunar contra la viruela a fines del siglo XIX, con la ley de Madre y Niño y de Medicina Preventiva de Eduardo Cruz Coke (1936-1937), con la creación del Servicio Nacional de Salud (ley discutida entre 1941 a 1952). Los médicos, a través de sus organizaciones se han opuesto a casi todas las iniciativas en principio, basados en los riesgos de pérdida de autonomía profesional y disminución de ingresos. La Asociación Médica de Chile se opuso al SNS en 1947-48, en 1970-72 se opusieron a la creación de un Servicio Único de Salud por la Unidad Popular, en 1981 se opusieron a la privatización. En estos años el gremio médico ha cursado entre las mismas contradicciones de defender la libre elección contra la salud administrada privada y de oponerse a la privatización de las prestaciones de salud pública, modelo esencialmente jerarquizado y bastante controlado. En las argumentaciones se confunden las críticas a las medidas de eficiencia pública (autonomía de hospitales, controles de horarios), con la protección de los usuarios y las demandas de mayores recursos. Es preciso hacer notar que, salvo la propuesta de Servicio Único de Salud de la Unidad popular, desbancada por el golpe militar de 1973, todas las demás reformas han sido asumidas ex post por el gremio médico.

Del proceso de formación de políticas y estructuras de salud en nuestro país, podemos destacar algunos hechos notables, anteriores a las reformas del régimen militar, que de alguna manera reflejan un sentido de base científico pragmática que después de superar obstáculos encuentra un modelo unitario, aceptado por la mayoría del país.

El caso más paradigmático es el de la gestación del Servicio Nacional de Salud.²

La idea inicial fue la observación de que los servicios unificados de salud en la zona afectada por el terremoto de Chillán en 1939 funcionaban mejor que en otras zonas. Además había una crisis financiera en el Seguro Obrero Obligatorio, que generaba duras disputas políticas al interior de la coalición gobernante. El Ministro de salud de la época, Salvador Allende, del partido socialista, conformó una Comisión de Trabajo que evacuó un informe y después, un Proyecto de Reforma de la ley 4054. Este proyecto permaneció 10 años en el Parlamento enredado en comisiones y subcomisiones hasta que un Ministro de salud conservador social cristiano, el Dr Jorge Mardones Restat, lo sacó del abandono para aprobarlo por unanimidad, dando el nombre de Servicio Nacional de Salud a la nueva estructura, y la de Servicio de Seguro Social la que se quedó con las otras funciones de la previsión social (pensiones principalmente). El Servicio Nacional de Salud demoró otros diez años en alcanzar estructura y velocidad de crucero. Sus políticas de extensión de la cobertura hacia las zonas rurales y de pobreza lograron impactar en los indicadores recién a mediados de los años sesenta.

Chile ostenta, en general, según el último informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el desempeño de los sistemas de salud en el mundo (año

² Jiménez J. Mística, Ciencia y Política en la construcción de sistemas de salud", Conferencia Magistral, Cuernavaca, México, Marzo 2001.

2000), una muy buena relación entre el gasto per cápita en salud y sus indicadores biomédicos.

1.2.-HIPÓTESIS:

LAS SUCESIVAS REFORMAS DE SALUD EN CHILE HAN CONTRIBUIDO A MEJORAR LA SALUD DE LA POBLACIÓN.-

1.3.-JUSTIFICACION

Chile se encuentra enfrentado en la actualidad a una nueva Reforma de Salud, basada principalmente en los criterios de equidad y acceso a la Salud. Una evaluación del sector salud en Chile debe reconocer el hecho de que el país presenta excelentes resultados al nivel de los indicadores clásicos de salud. Los niveles de mortalidad infantil y esperanza de vida son similares a los de países desarrollados, sin embargo, es necesario reconocer que estos logros se han debido a los Sistemas de salud implementados con anterioridad, por lo tanto, es necesario conocer su evolución en el tiempo. Además, es necesario conocer y comparar nuestro Sistema de Salud con otros Sistemas implementados en América Latina y algunos países del Norte, que por su importancia es relevante considerar.

1.4.-OBJETIVO GENERAL:

REALIZAR UN ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SISTEMA DE SALUD DE NUESTRO PAIS EN LAS ULTIMAS CINCO DECADAS.

1.5.-OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el contexto histórico, social, y político de los Modelos de Salud implementados en Chile

Identificar los indicadores epidemiológicos, demográficos comunes de los modelos implementados

Comparar la gestión de los modelos a través de indicadores de oferta y demanda

Comparar cinco Sistemas de Salud en el mundo con el sistema actual chileno

1.6.-METODOLOGIA

Se consideró el desarrollo de las siguientes líneas de trabajo:

Recopilación y revisión de información disponible sobre Sistemas de Salud en Chile en ámbitos financiero, sanitarios y demográficos, según el contexto histórico

Análisis y sistematización de la situación de salud chilena, basada en información disponible

Comparación de los indicadores en los diferentes ámbitos

Caracterización bio demográfica de la población del país en las décadas en estudio

Selección y análisis de Sistemas de Salud actual en el Mundo.

Comparación entre Sistemas de Salud en el Mundo y el Sistema de Salud vigente en Chile

1.7.-MARCO TEORICO:

En Chile las Reformas en Salud se inician en 1924, con la ley de Seguro Obrero, para concretarse con las estructuras del estado benefactor (1952, Servicio Nacional de Salud), de la descentralización y privatización (1980, Isapres, Servicios Regionales, FONASA) y, últimamente de la búsqueda de eficiencia de lo público con equidad en lo privado (1990 adelante)

REFORMA DE SALUD:“definición de prioridades, diseño de políticas y reforma de instituciones” (CASSELS, OMS, 1995)

Reforma de Salud es una etapa de concentración en un problema o conjunto de problemas específicos, con intensidad de recursos, acciones e idealmente de resultados visibles. Son procesos inevitablemente graduales y progresivos, incrementales y llenos de dificultades muy dependiente del entorno político, económico y epidemiológico. Reconocer por lo tanto, un periodo de reforma será un ejercicio ex post mas que uno ex antes, ya que las pretensiones de “estar haciendo una revolución”, como sucede a menudo, o sentarse a la mesa para discutir, “la gran reforma necesaria e impostergable”, no son mas que declaraciones idílicas o recursos demagógicos, sino que expresión de frustraciones de reformistas insatisfechas.

Demografía: Estudio de tamaño, distribución geográfica y composición de la población ; de sus variaciones y las causas de dichas variaciones , las cuales pueden identificarse con natalidad, mortalidad, movimientos territoriales y movilidad social. (Definición de Hauser y Duncan, 1962).

Sistema de Reparto: Se describe con este nombre a los programas que se financiaban sobre la marcha, esto es, los beneficios se pagan con cargo a los recursos recaudados en cada periodo.

Producto Interno Bruto (PIB): suma de la producción de una economía que refleja el flujo de bienes y servicios producidos en el territorio de un país en un determinado periodo de tiempo. Puede ser calculado desde tres dimensiones: 1. Desde el punto de vista del origen, representa el aporte de los diferentes sectores productivos y se mide por la suma de los valores agregados de cada uno de estos sectores (método del valor agregado) 2. Desde el punto de vista del destino, representa la utilización del producto y se mide como la suma de las demandas finales de la economía (método del gasto) 3. Desde el punto de vista del ingreso generado por los factores productivos (trabajo y capital).

PIB per Cápita: relación entre el PIB y la población de un país en un año determinado. Generalmente, se asocia con el grado de desarrollo relativo de un país. Por ejemplo, el Banco Mundial clasifica a los países de acuerdo al nivel del PBI per cápita.

INSTITUCIONES:

INE: El Instituto Nacional de Estadística tuvo su origen en la "Oficina de Estadísticas (creada por decreto en mayo de 1843) y luego de diversos cambios de nombre y dependencias adquirió su estructura y nombre actual por ley N°17.374 de 1970)

El **Servicio de Registro Civil e Identificación** comenzó sus actividades el 1° de Enero de 1885., sus funciones básicas son realizar las inscripciones de los nacimientos, matrimonios, defunciones y demás actos y contratos relativos al estado civil de las personas

MIDEPLAN: Ministerio de Planificación Nacional

CEPAL.- Comino Económica para América latina y el Caribe

OMS.- Organización Mundial de la Salud

SERMENA.- Servicio Médico Nacional de Empleados

SNS.- Servicio Nacional de Salud

SSNS: _ Sistema Nacional de Servicio de Salud

Fonasa.- Fondo Nacional de Salud

ISAPRE.- Institución de Salud Previsional

INDICADORES

Tasa de Mortalidad General: Es el numero de defunciones totales (año y área) sobre la población estimada (a mitad de periodo, igual año y área) amplificada por 1000.

Mortalidad Infantil: Es el numero de defunciones de menores de un año sobre el total de nacidos vivos, amplificado por 1000

Mortalidad Materna: Es la relación entre el numero de defunciones por causas relacionadas con las complicaciones del embarazo, parto o puerperio ocurridas en un año y área dadas y el numero de nacidos vivos en el mismo año y área, se puede expresar por mil o por 10.000.

Expectativa de Vida.- Numero de años probables de vida al nacer

Aseguradores : Entidades que administran los seguros destinados a Salud

Proveedores: Entidades o particulares que otorgan prestaciones de Salud

El desempeño de un sistema de salud se mide sobre la base del cumplimiento de tres objetivos. El primero de ellos es su capacidad para cumplir metas sanitarias y obtener resultados en los niveles de salud de la población; el segundo, la capacidad de respuesta del sistema de salud a las necesidades expresadas de la población y el tercero, la equidad en el financiamiento y acceso a la salud.

Reforma de salud (OMS 2000)

A través del tiempo las Reformas han presentado una serie de eventos que es posible sintetizar como sigue:

Primera fase: creación de sistemas nacionales de salud y extensión de seguros sociales (1940-1960)

Segunda fase: Ampliación de cobertura, Revolución de Atención Primaria Alma-Ata (1978)

Tercera fase: Énfasis en demanda, preocupación por financiamiento, seguros, No exclusión de pobres

Ambiente político económico de Reforma (1980-1990)

Colapso de los socialismos reales, caída del muro de Berlín (Noviembre 1989)

Consenso de Washington: Menos Estado, más mercado, descentralizar, privatizar.

Globalización y crisis, Crecimiento versus desigualdad creciente.

Muchas tareas pendientes: salud y macroeconomía

CAPITULO II

2.1.-ANTECEDENTES HISTORICOS DE LOS SISTEMAS DE SALUD CHILENO.-

La medicina chilena tuvo, sin duda, una evolución singular: después de casi tres siglos de atraso, experimentó, a partir de la creación de la Universidad de Chile, un desarrollo acelerado que a la vuelta del siglo la colocó a la cabeza de la medicina latinoamericana.

La medicina indígena tiene interés por sí misma; no tuvo mayor influencia en el desarrollo de la medicina chilena.

De la medicina indígena, la mapuche es la de mayor importancia en el encuentro de las culturas hispánica y aborígenes. La medicina araucana es una medicina primitiva, de carácter mágico-religioso, con importantes elementos empíricos.

Durante toda la Colonia la medicina oficial de atención domiciliaria llegaba sólo a las capas altas de la sociedad chilena, el resto del pueblo hacía uso principalmente de las hierbas medicinales. Es probable que de esta costumbre derive la automedicación tan frecuente aun hoy en el pueblo chileno.

2.2.-La medicina en la conquista: siglo XVI

El encuentro entre españoles y araucanos tuvo por consecuencia la diseminación de enfermedades que eran autóctonas de unos u otros. Autóctonas americanas eran la fiebre amarilla, tularemia, verruga peruana,

enfermedad de Carrión, leishmaniasis americanas, toxoplasmosis. Muchas más eran las de los europeos, entre ellas: viruela, sarampión, parotiditis, rabia, influenza, tifus exantemático, tifoidea, cólera, gonorrea, brucelosis, difteria, lepra, escarlatina, peste bubónica, tracoma. Tuberculosis había en ambos; sífilis, en los araucanos, pero no se sabe con seguridad si también existía entre los españoles o éstos la adquirieron de los indios.

Siguiendo las ordenanzas de la corona, se fundaron hospitales en cada ciudad conquistada. Eran rudimentarios, más bien, hospitales de campaña. Apparently el primer hospital de Chile se creó en La Serena. Pedro de Valdivia fundó un hospital en Santiago: el de la Virgen del Socorro. No se sabe la fecha de su fundación, pero sí que existía ya en 1554.

2.3.-La medicina en la colonia: siglo XVII

El siglo XVII en Chile fue reflejo de España de entonces, con una Iglesia poderosa, guía de la vida espiritual, pero un estancamiento en las ciencias y medicina y pocos progresos materiales. Fue, un siglo de catástrofes. Hubo cinco epidemias de viruela, la de 1619 causó estragos en la población de Santiago. Una de las epidemias ocurrió en 1647, el mismo año del *terremoto de mayo*, que sepultó a un cuarto de la población santiaguina. La medicina reinante era la de Galeno, Rhazes, Avicena e Hipócrates. Se había introducido el uso de la pomada de mercurio en el tratamiento de diversas lesiones cutáneas, entre ellas, las luéticas. Salvo esto, esa medicina en poco o nada aventajaba a la araucana.

En el siglo XVII se cuentan en total 36 médicos en Chile, algunos permanecieron en el país sólo un mes; otros, dos décadas. Por decenio hubo 1 a 8 médicos en Chile; en algunos períodos de hasta nueve años, no hubo ninguno.

Sin embargo, hubo progresos atinentes a la medicina: la actividad de órdenes religiosas llegadas el siglo anterior, particularmente, los Hermanos de San Juan de Dios y los jesuitas; la fundación del Hospital de San Juan de Dios en Santiago, el suministro de agua potable en Santiago.

En 1617 el Hospital de la Virgen del Socorro recibió el nombre de San Juan de Dios y pasó a ser regentado por los hermanos de esa orden. Fue el hospital público más importante de Chile hasta 1890.

En 1672 se inauguró la pileta Santa Ana de la Plaza Mayor (hoy Plaza de Armas) con agua potable traída de la quebrada de San Ramón. Hasta entonces se bebía el agua del río Mapocho, pero ésta no cumplía con las condiciones de agua potable, a saber, de ser *dulce, incolora e inodora*. Poco menos de un siglo después se terminaría el acueducto.

A fines del siglo XVII Santiago tenía alrededor de 8.000 habitantes y mantenía la misma extensión que en el siglo anterior.

2.4.-Medicina en la colonia: Siglo XVIII y 1era Década del XIX

El siglo XVIII fue Chile una época relativamente próspera y apacible, la época de las tertulias, del refinamiento, de la influencia francesa. La Guerra de Arauco entraba en parlamentos.

Pero no dejó de haber terremotos, epidemias e inundaciones. Sin embargo, el terremoto de 1730 en Santiago sirvió para renovar casas y edificios. En 1738 se creó nominalmente la Universidad de San Felipe, que empezó a funcionar en 1756. Estaba ubicada entre las calles San Antonio y del Chirimollo (hoy Moneda), en la manzana del actual Teatro Municipal. Así se inició la enseñanza de la medicina en Chile, separada de la cirugía. El título conjunto de médico-cirujano se estableció en el papel en 1833 con la creación de la Escuela de Medicina del Instituto Nacional. A fines del siglo XVIII Santiago tenía cerca de 25.000 habitantes, más de 2.000 casas y 800 ranchos

2.5.-La medicina en la Republica: siglo XIX

Hasta 1833 los cambios atinentes a la medicina chilena fueron nominales: en 1809 se clausuró la enseñanza médica en la Universidad de San Felipe por falta de alumnos, 20 años después se declaró disuelta esa Universidad

Al inaugurarse en 1863 el edificio de la Escuela de Medicina en la calle San Francisco junto al Hospital San Juan de Dios, había 5 profesores, 10 cátedras y 40 alumnos.

En 1877 se emitió el decreto que permitía a las mujeres el ingreso a la universidad. En 1881 ingresó Eloíza Díaz Insunza, que se tituló de médico en 1886. Al año siguiente ingresaba la segunda futura médico: Ernestina Pérez Barahona, a la que siguieron otras 6 en ese siglo.

En 1832 se creó la Junta de Beneficiencia y Salud Pública, organismo que funcionaría 120 años hasta la creación del Servicio Nacional de Salud. En

aquel año se formó la Junta Directora de Hospitales de Santiago. En el medio siglo transcurrido de 1841 en adelante, se modernizaron los hospitales coloniales y se construyó una vasta red hospitalaria

En 1885 Chile tenía 60 hospitales con cerca de 4.000 camas. La mortalidad intrahospitalaria era de 14%, cifra alta debido en parte a las epidemias. En ese año Santiago tenía 200.000 habitantes; Valparaíso, 100.000 y Chile, 2.500.000.

En 1889 se fundó la Pontificia Universidad Católica de Chile, cuya Escuela de Medicina daría un nuevo impulso al desarrollo de la medicina chilena.

En 1892 se creó el Instituto de Higiene, de donde saldrían destacados salubristas, entre ellos, Alejandro del Río. Estudió bacteriología con Eberth y en el Instituto de Koch, fue alumno de Ehrlich.

2.6.-La medicina en la Republica: siglo XX

En el siglo pasado se consolidaron las grandes disciplinas formadas en el siglo anterior, nacieron la pediatría y salud pública chilenas. Este progreso se debió a los grandes médicos de la época, a la fundación de nuevas escuelas de medicina, a la creación de organismos e instituciones de salud y al mejoramiento de la infraestructura material.

En 1923 se fundó la Escuela de Medicina de la Universidad de Concepción. El fundador de la pediatría en Chile fue Roberto del Río. El hospital que lleva su nombre, el primero en su género en Chile, funcionó de 1900 a 1939 en la manzana del actual Hospital San Juan de Dios. En 1940 Santiago tenía otros dos hospitales pediátricos: el Hospital Manuel Arriarán -nombre del

benefactor- y el Luis Calvo Mackenna, donde funcionó la cátedra de Anibal Ariztía.

Hasta 1925 se siguió la escuela alemana de neuropsiquiatría, en aquel año se separó en neurología y psiquiatría. En 1954 se fundó el Instituto de Neurocirugía. Aunque la radiología chilena tuvo tempranos comienzos, no afirmó su desarrollo hasta 1937 con la creación del Instituto de Radiología del Hospital San Borja bajo la dirección de Erich Heegewaldt.

Los principales avances en medicina social fueron la ley que creó el Código Sanitario y la Dirección de Sanidad en 1918, elaborada por Ramón Corbalán Melgarejo y Alejandro del Río; la ley del Seguro Obligatorio de 1924, concebida por Exequiel González Cortés; la ley de Medicina Preventiva de 1938, impulsada por Cruz-Coke, y en 1952 la ley que creó el Servicio Nacional de Salud, en que se fusionaron, entre otros organismos, la Dirección General de Sanidad y la Junta de Beneficencia. En 1911 Alejandro del Río creó la Asistencia Pública con su local de la calle San Francisco. En 1943 se fundó la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, y en 1948, el Colegio Médico de Chile.

En 1930 abrió sus puertas la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica y poco a poco organizó los primeros cursos

En resumen, los orígenes del sistema de salud en Chile habría que buscarlos en el 1552 cuando por orden del Rey Carlos V de España se funda el Hospital San Juan de Dios, primer establecimiento de salud del país. Durante la época colonial existía alta prevalencia de enfermedades infecto-

contagiosas, entre ellas viruela, tifus exantemático, sarampión, afecciones entéricas, tuberculosis, enfermedades venéreas y –en algunas zonas del país- peste bubónica, malaria y fiebre amarilla. El nivel socioeconómico, las condiciones ambientales, la ruralidad y la falta de acceso a los escasos establecimientos asistenciales condicionaban la situación descrita.

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

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

Capítulo III

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

3.1.- Período de servicios locales de salud, 1552 – 1917.

Desde tiempos de la Colonia, son muchos los hitos que han marcado al sector salud. Desde el siglo XVI se crearon diferentes instituciones tendientes a estructurar la orgánica del sector salud en Chile, entre los que

destacaron: en 1552 se funda el primer hospital en el territorio que luego conformaría la República de Chile; la Junta de Vacunas (1808) y la Junta Directiva de Hospitales y casas de expósitos(1832).

En 1808 se realiza la primera campaña de difusión a nivel nacional del proceso de inmunización, por parte de la Junta Central de Vacunas

En 1842 se crea la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y comienza el desarrollo propiamente tal de la medicina en Chile, a través del estudio de las enfermedades endémicas existentes y el mejoramiento de la higiene pública y doméstica.

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

El año siguiente se creó la Junta Nacional de Salubridad, cuya misión era asesorar al gobierno en materias de salubridad y organizar nacionalmente los desarrollos locales

Por su parte, el Estado comenzó a incorporar el cumplimiento de tareas de higiene pública, dentro de las funciones encomendadas a diversos ministerios. Es así como en 1887 –cuando existían siete ministerios- lo relativo a la beneficencia pública y a los cementerios fue encomendado al Ministerio del Interior. Esta cartera creó en 1907 una sección de administración sanitaria que tendría a su cargo todo lo relativo a la higiene y beneficencia pública.

En 1891 se hace responsable de la higiene pública y estado sanitario de la comuna a las municipalidades

En 1892 se renombra la junta como Consejo de Higiene Pública y mantiene su objetivo de asesorar al gobierno en materias de Salud Pública.

3.2.- Período de maduración del desarrollo social y del sistema de salud, 1917 – 1952.

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

En 1917 se realizó un congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud y se crea el Consejo Superior de Beneficencia, cuyo objetivo es dar unidad técnica a todos los hospitales del país.

En 1918 se publica el primer Código Sanitario donde aparece la figura de una autoridad unipersonal con facultades ejecutivas. Establece la Dirección General de Sanidad y la creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad.

Hacia 1924 se crea el **Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social**, que se hará cargo de las tareas de higiene pública.

En 1925 surge la Junta Central de Beneficencia, entidad autónoma con recursos técnicos y financieros

En el marco de la reestructuración de Ministerios realizada en 1927, se determinó la creación mediante decreto de la cartera de Bienestar Social, cuyas funciones serían:

El servicio de higiene pública y asistencia y previsión social.

La alta inspección del trabajo y de la vivienda, la inspección de las cajas de previsión, la fiscalización de las leyes sociales.

En ese mismo año se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (ley 4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte. .

Por decreto Ley, en 1932 se le cambia el nombre al Ministerio de Higiene, asistencia y previsión Social y pasa a llamarse Ministerio de Salubridad Pública.

En 1937 comienza la distribución gratuita de leche a los menores de dos años.

En 1938 la Ley 6.174 establece los principios de la medicina preventiva, al plantear la realización de exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores, pionera en su género a nivel internacional.

En 1940 se estableció un sistema de alimentación suplementaria consistente en la distribución de leches para lactantes y niños.

En 1942 aparece la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (Protinfa) como resultado de la fusión del Departamento Central de la Madre y el Niño; con el Departamento de Sanidad Escolar.

También se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) cuando se fusionan los departamentos de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Privados. Su objetivo es prestar acciones de prevención a los empleados estatales y algunos de sectores privados.

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

Durante este periodo ya se hablaba de un reforma a la ley previsional chilena presentado por el ex Ministro de Salubridad D. Salvador Allende que cambiaría la Ley 4054 del seguro Obrero.

3.3.- Período del Servicio Nacional de Salud (1952 – 1973): La Primera Reforma de la Salud en Chile.

Es con este panorama que, el 8 de Agosto de 1952, nace el Servicio Nacional de Salud, con el cual se iniciará la medicina organizada en el país.

La trascendencia del proyecto de reforma se sustenta en el cambio social que ella involucró.

La nueva institución había estado en la agenda gremial desde el terremoto de 1939, cuando la gravísima emergencia nacional implicó, por primera vez coordinar todos los organismos relacionados. Al hacerlo quedo en evidencia que había duplicidad de políticas e infraestructuras, así como dispersión de

ellas; la Ley 10.383, de creación del Servicio Nacional de Salud, nace entonces con el propósito de buscar una mayor eficiencia. Esta meta era muy popular en esos años en todo el mundo Occidental, por cuanto el ejército de Estados Unidos, al tener que organizar el traslado de miles de hombres a miles de Kilómetros, debiendo equiparlos y proveerlos de toneladas de alimentos semanales, sentó las bases de una cultura administrativa, capaz de enfrentar desafíos de mayor magnitud y escala.

Su financiamiento quedó establecido en un 53.91 % del estado, un 15,36% del Servicio Nacional de Salud y el resto de ingresos varios, especialmente de la explotación de los fundos e industrias.

Como naciera de la fusión de varios organismos, el Servicio Nacional de Salud comenzó con una planta de personal absolutamente desproporcionada, de 30.000 funcionarios.

En 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años. Para su creación se fusionaron la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia; la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades; y el Instituto Bacteriológico de Chile. Con menos cobertura se encontraban entidades previsionales y

asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. El sector asistencial privado tenía una heterogénea y diseminada situación de desarrollo.

Con el tiempo se pudieron crear unos programas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, los que alcanzaron logros destacados internacionalmente.

En 1953, la entidad denominada Ministerio de Salubridad Pública cambia de nombre, para proceder a llamarse Ministerio de Salud Pública y Previsión Social. Sin embargo, seis años más tarde la secretaría de Estado se divide, creándose el Ministerio de Salud Pública (Decreto con Fuerza de Ley N°25) y -como organismo independiente- el Ministerio del Trabajo y Previsión Social

En 1958 se crean las Mutuales de Seguridad para la protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo.

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

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

Durante este período, la Medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político. Al final del

período, se encontraban médicos en la Presidencia de la República, el parlamento, municipalidades y otras relevantes entidades públicas.

En 1968 la Ley 16.744 de Accidentes y Enfermedades Profesionales consolida a las Mutuales de Seguridad, ya que las faculta para captar fondos, además de que les permite organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo.

A comienzos de los años setenta, el sistema de salud chileno se organizaba fundamentalmente a través de la interacción de cuatro agentes: el Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el sector privado.

El Ministerio de Salud tenía una escasa participación, radicando en el SNS las funciones de administración y operación del sistema público. El país se dividía en 13 zonas de salud las cuales se encontraban subordinadas al Director del SNS, quien coordinaba las acciones de dichas zonas de salud.

El SNS, bajo administración estatal, era responsable de atender a obreros, sus cargas y a los indigentes. La cotización era obligatoria y no existía libertad de elección tanto en el ámbito de establecimientos de salud como al nivel de personal médico. Los obreros podían recibir prestaciones en el sector privado las que debían financiar en su totalidad con recursos propios. El financiamiento del SNS provenía de aportes patronales, de aportes de los trabajadores y de aportes fiscales.

El SERMENA financiaba las atenciones de salud de los empleados y sus cargas, bajo un esquema de libre elección de prestadores. El SERMENA no

entregaba prestaciones directas y su base de financiamiento consistía en cotizaciones de los empleados dependientes y de pagos directos de los beneficiarios al momento de solicitar una atención.

3.4.- Período del Gobierno Militar y reformas neoliberales (1973 – 1990):

La Segunda Reforma de la Salud en Chile.

A fines de 1973 el gobierno militar considera que el Ministerio de Salud está dotado de escaso poder de decisión, de una estructura inadecuada y no cuenta con los recursos humanos capacitados, situaciones que le impiden cumplir con el rol que le asignan las políticas de salud.

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

Se inicia la reorganización del Minsal, adecuando su funcionamiento a los objetivos fijados por el gobierno militar, lo que se concreta con la dictación del Decreto Ley N°913 del 28 de febrero de 1975 y al que se suman una serie de reglamentos internos.

Esta norma legal permitió iniciar una etapa de transición, durante la cual se profundiza el estudio de las bases orgánicas para constituir el Sistema Nacional de Servicios de Salud, lo que conduce a la revisión y modificación de las disposiciones legales que regían el funcionamiento del ministerio y de

las instituciones de salud que se relacionaban con el Ejecutivo por su intermedio

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

A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979).

El estado, reconociendo la salud como patrimonio nacional, fusionan en 1979 el SNS y Sermena, con lo cual se reorganiza el Ministerio de Salud. Se crean los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), la Central Nacional de Abastecimiento (Cenabast) y el Instituto de Salud Pública (ISP), a lo que posteriormente se agregan nuevos reglamentos.

La política coincide con la nueva énfasis en el ordenamiento territorial- propio de un gobierno militar asumido en 1973- y la campaña para ocupar con soberanía los espacios mas vacíos del territorio nacional. Por consecuencia se fortalece la decisión de proceder a la regionalización administrativa del país- modificando las antiguas 25 provincias-,lo que hará coincidir con las nueve regiones y la distribución de la atención en 12 Secretarías regionales Ministeriales mas un Servicio Metropolitano dejando de ser un servicio centralizado.

Asimismo, se establece que el sector privado podrá organizar sus propios servicios y establecimientos de salud, los cuales, al integrarse, quedaran sujetos a las normas del ministerio dictadas para el sector publico. Este es el primer paso hacia la reforma total del sistema, que abrirá el espacio a la participación de los sectores privados en la salud. La idea es que se descongestione el sector publico, para que este focalice sus esfuerzos en las personas de mas bajos recursos.

El sector privado atendía a los beneficiarios de SERMENA quienes optaban por atenderse con prestadores privados, a la población que contaba con recursos para financiar su salud de manera independiente y a quienes pertenecían a algún sistema previsional.

Hacia finales de la década de los setenta el gobierno inició una serie de reformas estructurales las que tenían como objetivos fundamentales la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del Estado, el desarrollo de una economía de mercado y la adopción de un modelo de desarrollo económico y social inspirado en la Economía Social de Mercado, el que se basa en el principio de subsidiariedad del Estado, en la participación activa del sector privado en la economía y en la asignación de los recursos a través del mercado.

La creación del régimen de prestaciones de salud, mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad

de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

El sistema de salud público pasa a ser liderado por el Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área; y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud.

El Fondo Nacional de Salud (Fonasa) es el continuador de las labores de administración y financiamiento que realizaban el Servicio Nacional de Salud *y Servicio Médico Nacional de Empleados, constituyéndose para tales efectos como un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio y planta propia.*

FONASA pasa a ser la principal institución financiera del sector público de salud, responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área.

El órgano que asume la labor ejecutora de los antiguos SNS y SERMENA es el SNSS, el cual está conformado por 27 entidades descentralizadas, con autonomía administrativa y con personalidad jurídica y patrimonio propio. De éstas, 26 son entidades responsables de entregar servicios curativos, preventivos y de promoción de la salud en zonas geográficas determinadas y el restante es el Servicio de Salud del Ambiente. De éstos 26 entidades depende la infraestructura hospitalaria pública del país, compuesta por 188 hospitales de distinto nivel de complejidad a cargo de las prestaciones de salud secundaria y terciaria: prestaciones médicas de especialidad, urgencia,

odontológicas, exámenes de laboratorio, exámenes de imaginología, intervenciones quirúrgicas, atenciones de parto y días de hospitalización.

Es importante mencionar que en sus primeros años de operación SERMENA si entregaba prestaciones directamente.

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIO DE SALUD, la nueva Institucionalidad, vigente hasta el día de hoy.-

El 1 de Agosto de 1980 se inaugura el nuevo Sistema Nacional de Servicios de Salud, el SNSS, organizado en 27 unidades. Ahí termina la historia, de 28 años, de un Servicio Nacional de Salud que tuviera su origen en la beneficencia pública, y que en todo ese periodo actuara de columna vertebral del sistema, apoyado por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).

En 1981 se producen dos reformas importantes. En primer lugar, basado en la aplicación del DFL 1-3063 de 1980, se comienza con el proceso de Municipalización de los Centros de Atención Primaria. A través de este proceso se traspasan desde 1981 a 1988 un porcentaje estimado de 70% de los establecimientos de atención primaria del SNSS a las municipalidades. Los consultorios de atención primaria tienen a su cargo la atención de salud del recién nacido hasta niños de 14 años, la consulta por morbilidad y el control de salud del adulto y del adolescente, el control del embarazo y la planificación familiar.

En segundo lugar, con la dictación del Decreto Ley 3.626 y con el Decreto con Fuerza de Ley 3 que lo reglamenta, se establece la formación de las

Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). De esta manera se permite la libertad de elección para el trabajador dependiente para optar comprar su seguro obligatorio de salud ya sea del sistema público (FONASA) o del recién creado sistema privado (ISAPRE). Para estos efectos se establece una cotización obligatoria del 4% del ingreso imponible del trabajador, porcentaje que aumentó hasta llegar en 1986 al actual 7% del ingreso imponible con un tope máximo de 4,2 UF mensual.

Con la creación de las ISAPRE se promueven cambios culturales de importancia en el país. En primer lugar, se introduce la noción de que la salud es un bien que requiere de un pago. En segundo lugar, se reconoce al lucro en salud como legítimo y necesario para promover la llegada de capitales y tecnología privada con el objetivo de obtener mejoras en la salud de la población. En tercer lugar, al permitir libertad de elección entre los sistemas público y el recién creado sistema privado de ISAPREs, se eliminan en parte a los subsidios cruzados como una fuente de financiamiento de la salud pública.

En 1985 las leyes 18.418 y 18.469 crean el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios. Se reorganiza el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección. Se elimina la diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. Establece el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud. Estratificando a los beneficiarios en cuatro tramos, desde uno sin ingresos

Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). De esta manera se permite la libertad de elección para el trabajador dependiente para optar comprar su seguro obligatorio de salud ya sea del sistema público (FONASA) o del recién creado sistema privado (ISAPRE). Para estos efectos se establece una cotización obligatoria del 4% del ingreso imponible del trabajador, porcentaje que aumentó hasta llegar en 1986 al actual 7% del ingreso imponible con un tope máximo de 4,2 UF mensual.

Con la creación de las ISAPRE se promueven cambios culturales de importancia en el país. En primer lugar, se introduce la noción de que la salud es un bien que requiere de un pago. En segundo lugar, se reconoce al lucro en salud como legítimo y necesario para promover la llegada de capitales y tecnología privada con el objetivo de obtener mejoras en la salud de la población. En tercer lugar, al permitir libertad de elección entre los sistemas público y el recién creado sistema privado de ISAPREs, se eliminan en parte a los subsidios cruzados como una fuente de financiamiento de la salud pública.

En 1985 las leyes 18.418 y 18.469 crean el Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios. Se reorganiza el sector público en modalidades de atención institucional y libre elección. Se elimina la diferencia entre régimen de salud y calidad previsional. Establece el aporte financiero según capacidad económica y el acceso libre e igualitario a acciones de salud. Estratificando a los beneficiarios en cuatro tramos, desde uno sin ingresos

que no impone ni paga directamente, hasta uno que impone el 7% y paga el 50% de sus prestaciones.

En todo caso, las ISAPRES viven dos procesos el primero en 1981 y 1985, caracterizado por un crecimiento lento. Algunas de las razones que explican este crecimiento lento son:

La concentración espacial de las ISAPRES en las principales ciudades del país y en las familias con altos ingresos

La incorporación restrictiva de las amas de casa y de las embarazadas y la exclusión de pagos por maternidad y permisos pre y post natal

Restricciones en cuanto tratamientos Psiquiátricos y cuidados odontológicos y hacia las personas de alto riesgos.

Sin embargo, entre 1985 y 1989, con la creación de la Ley de salud en 1985, las ISAPRES tuvieron "un crecimiento acelerado y sostenido (Scarpaci, 1989), básicamente por corrección de algunas de esas falencias.

En 1986 la Ley 18.566 permite un 2% de cotización adicional que se puede descontar de impuesto.

En 1987 la Ley 18.675 aumenta las bases imponibles para el cálculo de cotización previsional para el sector público

En 1988 se fija la cotización del 7% para pensionados del régimen antiguo.

En 1990 la Ley 18.933 crea la Superintendencia de Isapres y modifica la legislación de dichas instituciones.

Entre 1990 y 1993 se hacen nuevos estudios para perfeccionar el sistema, lo que se traduce en las reformas que comienzan en 1994

3.5.- Período de gobiernos de la Concertación, 1990 en adelante.

Desde 1990, los gobiernos de la Concertación asumen una responsabilidad gubernamental que ha constituido principalmente en la administración del sistema de salud heredado. Se observa un notorio incremento de inversiones apoyadas en préstamos internacionales y se han estudiado las propuestas de adecuación y reforma del sector.

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

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

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

En general, el sistema global de salud vigente mantiene básicamente las mismas características del modelo, financiamiento, organización y

funcionamiento del modo en que fueron estructurados en el período militar precedente, especialmente en lo que se refiere a:

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

Algunos cambios parciales se han procurado con modificaciones a la Ley ISAPRE (1990) y el Estatuto de la Atención Primaria (1985).

CAPITULO IV.- SISTEMAS DE SALUD EN CHILE

4.1.-PRIMERA REFORMA DE SALUD En CHILE LEY 10.383/52

La clave de esta Reforma era la ampliación de su objeto: “el núcleo-familiar” del trabajador, en todas las etapas de la vida. Era una reforma total para obreros en CHILE hecho que constituye a nuestro entender un paso trascendental y cambio de rumbo en la Salubridad Nacional, lo cual se puede observar en el cuadro siguiente.

CUADRO N°1

COMPARATIVO LEY DE SEGURO OBRERO(LEY 4.054) Y PROYECTO DE REFORMA

LEY 4.054 VIGENTE(Seguro Obrero)	PROYECTO DE REFORMA
I.- PERSONAS OBLIGADAS	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin otro medio de subsistencia que el salario. ▪ Menores de 65 años. ▪ Independientes: renta no mayor de \$24.000. ▪ No afectados a otra previsión. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos los obreros que ganan un salario. ▪ Cualquier edad. ▪ Independientes: renta no mayor de sueldo vital en Santiago.
II.- RIESGOS CUBIERTOS Y PRESTACIONES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imponentes / pensionados. ▪ Esposas parturientas. ▪ Hijos menores de 2 años. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imponentes / pensionados. ▪ Sus esposas.- ▪ Sus hijos legítimos, naturales, adoptivos, ilegítimos.
1.- Atención Médica	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ De enfermedad: desde el 5° día, hasta 26 semanas prorrogables hasta 52. Escala decreciente: 100% 1ª semana; 50% en la 2ª; 25% en las siguientes. Porcentajes se reducen a la mitad para el beneficiario sin 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ De enfermedad: desde el 4° día, hasta 1 año y medio prorrogable, según Reglamento. Ascende al 100% del salario. Se descuentan un 15% por imposiciones y el 15% si el

<p>familia a sus expensas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De medicina preventiva: 100% del salario ▪ De maternidad: Dura 12 semanas (6 pre y 6 post natal).cuatro son de cargo del seguro y ocho del patrón. ▪ De lactancia: 25% del salario por 8 meses. 	<p>beneficiario es hospitalizado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De medicina preventiva: Del mismo monto que el enfermedad. ▪ De maternidad: Del monto enfermedad. Dura 12 semanas, todas a cargo del seguro. ▪ De lactancia: Mientras amamanta; alimentos suplementarios o el 25% del subsidio bruto por enfermedad.
3.- Invalidez	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se exige invalidez absoluta y permanente y 2 años de imposiciones. ▪ Pensión no reajustables. ▪ Monto entre el 50 y 100% del salario. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Invalidez absoluta: incapacidad de ganar más del 30% del salario de un trabajador sano en condiciones análogas. ▪ Invalidez parcial: incapacidad de ganar más del 60% en mismas circunstancias y originaria de ciertas enfermedades. ▪ Mínimo 50 semanas de imposiciones. ▪ Pensiones Reajustables. ▪ Monto varía entre el 50 y 70% del salario por cada hijo menor de 15. ▪ Monto invalidez parcial: entre el 25 y 35% del salario.
4.- Vejez	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desde los 55, 60 ó 65 años ▪ No reajutable. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desde los 65 años. ▪ Mínimo 800 semanas de imposiciones los hombres y 500, las mujeres. ▪ Monto igual al de invalidez absoluta. ▪ Reajutable en la proporción en que aumentan los salarios medios, siempre que estos suban en un 15% o más.
5.- Muertes	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuota mortuoria de \$300 y devolución de imposiciones personales a cónyuge e hijos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuota mortuoria: salario, pensión. • Pensión temporal: de 12 meses para viuda menor de 65 años y vitalicia para la mayor de 65 años.

	<ul style="list-style-type: none"> • Monto: 50% del salario pensión y 50% pensión invalidez absoluta, más 20% salario pensión por cada hijo menor de 15 años. • Reajutable.
6.- Cesantía	
<ul style="list-style-type: none"> • No existe 	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad de que el seguro destine a prestamos de cesantía hasta el 5 % de los excedentes anuales (ingresos no gastados en pensiones y demás beneficios).

El nuevo Sistema de Salud integró todos los programas de Salud Pública y de Medicina Preventiva, hasta entonces dispersa en diversas reparticiones, así como los Servicios Médicos de Seguro Social, englobando también los hospitales públicos del país, que se constituyeron en centros de excelencia de la medicina chilena.

Los principales desafíos de este Sistema eran: reducir la altísima mortalidad infantil, abordar el tratamiento y control de las enfermedades infecto-contagiosas y disminuir las muertes de madres durante el parto, mediante una atención profesional y en un medio hospitalario menos vulnerables a los contagios e infecciones.

El modelo sanitario adoptado permitió grandes logros, entre ellos, controlar y erradicar la malaria, el cólera, la viruela, la poliomielitis y el sarampión. También fue posible terminar con la desnutrición y las enfermedades diarreicas infantiles, entre otras.

Priorizó los problemas de la Madre y el Niño. Así nacen los Programas de desnutrición , de Diarreas Infantiles, de Vacunaciones Ampliadas, de control y Atención Profesional de Embarazo y parto, de fertilidad y otro.

En el año 1950 la Población era de 6.081.931 habitantes, de los cuales 3.012.460 eran hombres y 3.069.471 mujeres

De cada mil nacidos vivos en Chile, 742 llegaban a cumplir un año y 746 en el caso de las niñas. En cuanto a la vida media según edad, un chileno de treinta años viviría 32.5 años más, según se aprecia en el cuadro de la Dirección de Estadística del año 1948.

EDAD	HOMBRES	MUJERES
10	46.5	48.1
20	38.7	40.1
30	32.5	34.1
40	25.4	28.0
50	19.2	21.3
60	13.7	15.0
70	9.1	9.7
80	5.7	6.0
90	3.6	3.8
100	1.0	1.1

**CUADRO N°2
CAUSAS DE MUERTE EN CHILE
1953-1955**

CAUSAS	%
APARATO RESPIRATORIO	24
APARATO CIRCULATORIO	15
PESTES (PRIMERA INFANCIA)	13
APARATO DIGESTIVO	10
MAL DEFINIDAS	8
TUMORES	7.2
ACCIDENTES	6
TUBERCULOSIS	5.6

Fuente: CEPAL, Boletín Demográfico, 69, América y el Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050

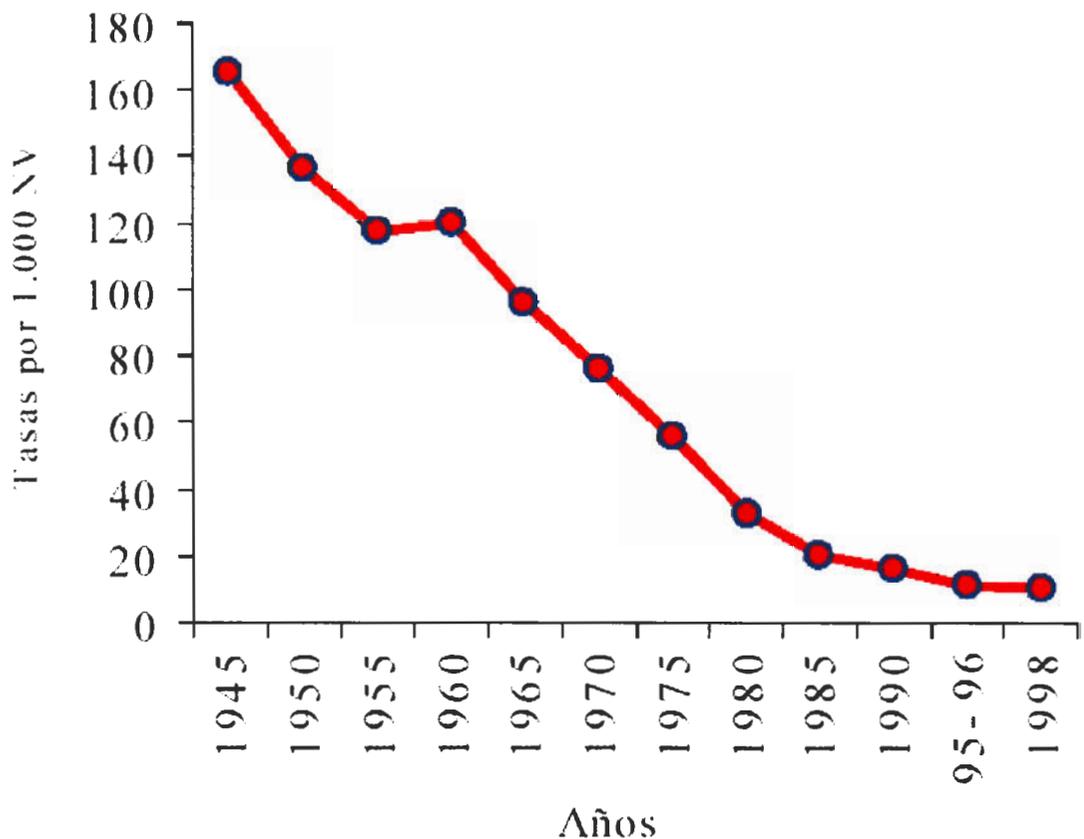
Las causas de muerte a la fecha- datos de 1953-1955- el primer lugar lo ocupaban las enfermedades del aparato respiratorio, excluida la Tuberculosis, con un 24%; luego del Aparato Circulatorio con un 15% y las de la Primera Infancia con un 13%, seguidas las del Aparato Digestivo 10% , luego las mal definidos 8%, los tumores con el 7.2%, los accidentes 6% y la Tuberculosis con el 5.6%

La mortalidad General había bajado de 29.4 a 13.5 entre 1917 y 1955, la Mortalidad Infantil bajó de 254.2 por nacidos vivos a 119.2 en el mismo periodo. La mortalidad por Enfermedades Infecto Contagiosa espectacularmente de 3.19 por 100.000 a sólo 35.5 por 100.000; la

Tuberculosis con rangos similares de Eficiencia, de 237.5 por 100.000 a 70.2; las muertes por Enfermedades del Aparato respiratorio de 493.7 por 100.000 a 267.5.

GRAFICO N°1

Mortalidad Infantil, Chile 1945- 1998



Pero también había males en crecimiento, y las víctimas de Cáncer ascendieron de 38.0 por 100.000 a 97.5, y de las Enfermedades Cardiovasculares de 148.4 por 100.000 a 188.8; sin embargo es este un fenómeno de observación frecuente que se debe a dos razones principales: mejor diagnóstico y envejecimiento de la Población (S.N.S)

CUADRO N°3
EVOLUCION DEL CRECIMIENTO DEMOGRAFICO
SEGÚN EDAD Y SEXO
TASA X 1000
(1950-1955)

EDAD	MUJERES	HOMBRES
TOTAL	21.7	21.4
0-4	33.5	33.8
5-19	22.7	24.1
20-59	15.7	14.4
60 y más	32.6	29.3

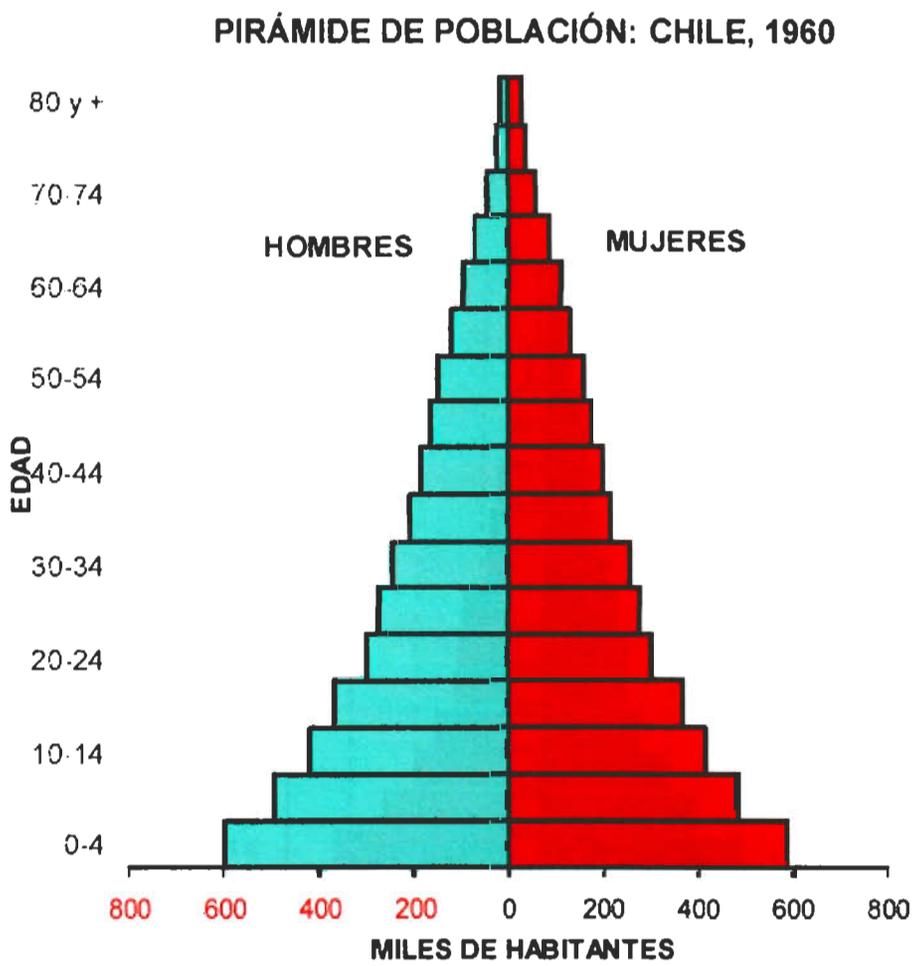
FUENTE: CELADE, Boletín Demográfico, N°42, Stgo, 1998

CUADRO N°4
EVOLUCION DE LA POBLACIÓN POR SEXO
(1950-1975)

AÑO	AMBOS SEXO	HOMBRES	MUJERES	% TOTAL MUJERES
1950	6.081.931	3.012.460	3.069.471	50.5
1955	6.775.886	3.353.618	3.422.568	50.5
1960	7.614.410	3.764.875	3.849.535	50.6
1965	8.579.066	4.237.694	4.341.372	50.6
1970	9.504.382	4.690.144	4.814.238	50.7
1975	10.350.412	5.105.117	5.245.295	50.7

FUENTE: CELADE, Boletín Demográfico, N°42, Stgo, 1998

La estructura de la Población Chilena por grupos de edad, para este periodo. muestra las consecuencias producidas por el descenso de las tasas de Mortalidad Infantil. El resultado es que a diez años de iniciada esta reforma se mantiene una distribución piramidal, cuya base es mayor en la población infantil y disminuye el porcentaje de la población de la mayor edad.

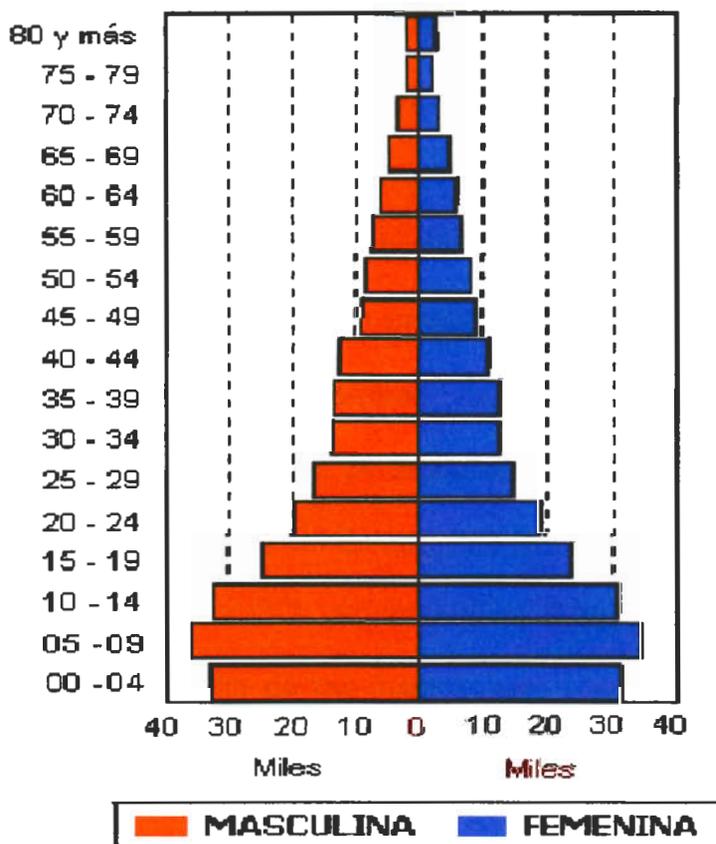


Fuente: CEPAL, Boletín Demográfico, 69, América y el Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050

Hasta mediados de la década del 70 se observa un incremento en su tasa natural de crecimiento poblacional debido al aumento de las tasas de Natalidad y la fuerte reducción en la Mortalidad, pero en la segunda mitad de esa década comienza a disminuir el crecimiento poblacional como resultado de la reducción, tanto en las tasa de natalidad como de Mortalidad cayendo de 27 a 20 por 1000 al iniciarse la ultima década del siglo, por lo que ya se observa una disminución en la población infantil.

PIRÁMIDE POBLACIONAL, CHILE

I.N.E. AÑO 1970



Fuente: CEPAL, Boletín Demográfico, 69, América y el Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050

4.3.-ASEGURAMIENTO, PROVEEDORES Y FINANCIAMIENTO.

Hacia 1850 existía en Chile un movimiento ya organizado formado por las Sociedades de Socorros Mutuos (SSM), entidades que conformaban sistemas solidarios de ahorro privado destinados a otorgar principalmente prestaciones de salud y previsión a sus afiliados.

En este periodo el aseguramiento de las necesidades de salud se encontraba en manos del estado en un 90% a través del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y el Seguro obrero obligatorio.

El Sistema Social que se origina inicialmente en las leyes dictadas en 1924, se caracterizaba por contener un complejo sistema de seguridad social -con más de 30 distintos sistemas de pensión, peculiar estructura, administración, modalidad, requisitos y prestaciones-, se basaba en la solidaridad, la responsabilidad compartida en la protección del trabajador y en el rol activo del Estado. Se cubrían las siguientes prestaciones: accidentes del trabajo y enfermedades profesionales; pensiones; indemnizaciones y desahucios; asignaciones familiares y cesantía. Se financiaba en forma tripartita -aportes del trabajador, del empleador y del Estado-, de acuerdo a los Convenios que Chile había suscrito con la OIT; asumiendo el Estado la responsabilidad general en la administración de las instituciones y servicios de seguridad social, sin costo alguno para el trabajador afiliado¹.

¹ Existían además normas especiales para sectores diferenciados de trabajadores, atendiendo a sus particulares condiciones de trabajo (mineros, tripulantes, estibadores, ferroviarios, etc.), contaban con regímenes distintos respecto a el sistema de atención de salud y de pensiones. Ver Zapata, Franyo, 1997: "Mitos y

La Caja de Seguro Obrero daba cobertura a los riesgos de invalidez, vejez y muerte y brindaba beneficios de salud para los obreros, artesanos, campesinos y empleados de Servicios domésticos

En 1942, se crea el Servicio Médico nacional de Empleados SERMENA con el objetivo de asegurar la atención de salud para los empleados públicos y privados, los cuales no estaban considerados como beneficiarios de la Caja de Seguro Obrero.

La ley establecía cotizaciones de cargo del trabajador y su empleador y las cajas de previsión de los empleados públicos y particulares debían aportar el 3.75% de sus entradas brutas, el 1% de las remuneraciones de sus afiliados y el 2% de las pensiones pagadas. Los empleados debían cotizar el 1% de sus sueldos imponibles y sus empleadores el 2.5% de las remuneraciones en el caso de EMPART y el 1.5% en el caso de CANAEMPU (en 1979 el 88% de los empleados cotizaban en estas dos entidades). Por último, los jubilados cotizan el 1% de sus pensiones.

Hasta 1980 las fuentes básicas de financiamiento del SNS provenían del Servicio de Seguro Social, la Ley de Accidentes del Trabajo. El Servicio de Seguro Social debía aportar el 3.74% de las remuneraciones imponibles de sus afiliados. El Estado debía contribuir por ley a nombre del Servicio de Seguro Social con el 4.58% de las remuneraciones imponibles.

Financiamiento del desarrollo N o 104

realidades del sistema privado de fondos de pensiones en Chile (AFP)". Editorial LOM. 1ª Edición.

El SNS junto a SERMENA funcionaron hasta inicios del año 1980 cubriendo la atención de aproximadamente el 85% de la población. Un 10% contaba con proveedores privados y 5% restante pertenecía a las fuerzas armadas².

El Sector Privado se componía de una serie de prestadores de servicios médicos particulares, incluyendo clínicas y centros médicos orientado al segmento de población con altos ingresos.

Es decir, puede rescatarse como un mérito importante de este sistema, que se trataba de un sistema de reparto, basado en el principio de la solidaridad, lo que se traducía en que la generación de trabajadores en servicio activo (con el aporte patronal y del Estado) financiaba los riesgos (enfermedad, invalidez, desempleo, vejez, muerte) y nadie quedaba expuesto al desamparo social, aunque sus aportes fueran pocos o insuficientes.

Principales deficiencias del Sistema:

1. Su creciente desfinanciamiento y el impacto de éste en el déficit fiscal.
2. La ausencia de uniformidad en los beneficios otorgados.
3. El carácter rígido de los mecanismos de adscripción, que no otorgaba margen alguno de libertad de elección del asegurado
4. Su alto costo para empleadores, trabajadores y la economía nacional.
5. El bajo monto de las pensiones obtenidas y la inexistencia de mecanismos de reajustabilidad automática

² Banco Mundial, División de Recursos Humanos. Departamento Geográfico I. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 1994. "El desafío de las Políticas de Salud del Adulto".

4.2.1.-SEGUNDA REFORMA DE SALUD EN CHILE LEY 18.469/79

Hacia finales de la década de los setenta el gobierno inició una serie de reformas estructurales, las que tenían como objetivos la liberación de la economía, la reducción del tamaño estado, el desarrollo de una economía social de mercado.

La reforma de los ochenta, tuvo como objetivo, por una parte, descentralizar el sector público de salud para mejorar su eficiencia. Por otro lado, pretendió crear, dentro del sector, la función de financiamiento, mediante la creación del FONASA, para finalmente avanzar en un proceso de privatización del sistema de salud, con la formación de entidades privadas que pudieran gestionar las cotizaciones en forma alternativa al FONASA, dando origen a un importante sistema de salud privado tanto en el financiamiento como en la prestación de servicios.

En este período, se buscó fortalecer el sistema público de salud, para lo cual parte de esos mayores ingresos se invirtieron en recuperar la infraestructura hospitalaria modernizándola, construyendo nuevos establecimientos, efectuando refacciones a hospitales antiguos y adquiriendo y reponiendo equipamiento industrial y médico. Cabe señalar que no se hicieron grandes cambios en los modelos de atención .

La Ley consagra los siguientes beneficios: examen de medicina preventiva de acuerdo al perfil epidemiológico del momento, el derecho de toda mujer embarazada a la Protección del estado en el embarazo y hasta el sexto mes

del nacimiento del hijo. El mismo derecho y con las mismas modalidades de otorgamiento corresponde al niño recién nacido hasta los seis años de edad. Se agregan entre las prestaciones medicas del régimen, las acciones de protección ambiental. Incluye el beneficio de gratuidad en las acciones de Promoción y Protección de la salud de las personas, que se incorporen a los Planes y Programas del MINSAL, dirigidos a prevenir riesgos biomédicos, entre otras.

La Reforma de 1979, expresada en el DL N°2.763, en el Sector Salud contempló específicamente:

1.-La descentralización de las áreas de servicio regional SNS y su reagrupación dentro del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). El SNSS quedó constituido por el Ministerio de Salud (MINSAL), 26 Servicios de Salud de carácter territorial, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), y el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

2.-La transferencia de responsabilidad, infraestructura y personal para la prestación de atención primaria (postas y consultorios generales urbanos y rurales) a municipalidades.

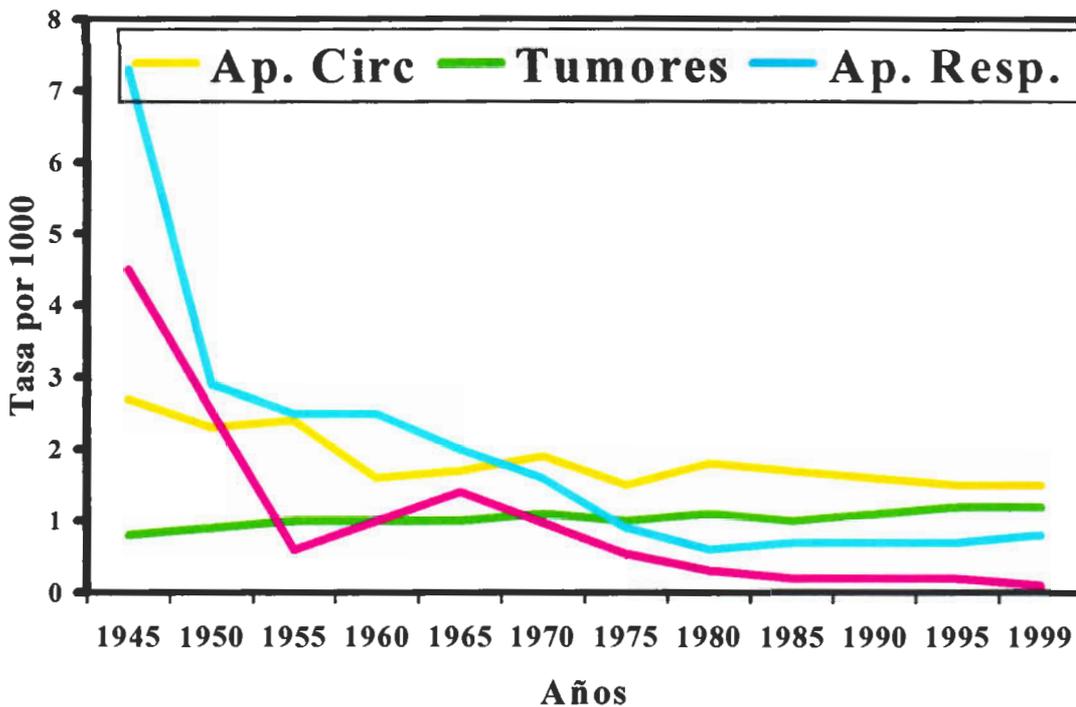
3.-Una nueva estructura legislativa y mecanismos de pagos para financiar el desarrollo de planes de seguro médico privados prepagados, inexistentes hasta ese momento, con carácter obligatorio respecto a la cotización aumentando del un 4% a un 7% de la renta imponible. En este sistema de seguros privados de salud, las administradoras serían las ISAPRES.

En el año 1980 la Población total era de 11.147.000 habitantes y los principales desafíos de este Sistema en el área sanitaria eran: Seguir disminuyendo la Mortalidad Infantil, aumentar la atención profesional del parto, disminución de la Mortalidad Materna y la Mortalidad General

La tasa de mortalidad general ha caído desde un nivel de 12 por cada mil habitantes a un nivel de 6,38 por cada mil habitantes, siendo las principales causas las del aparato Circulatorio y las provocadas por tumores(GRAFICO N°2)

Este cambio se explica fundamentalmente por la notable reducción de la tasa de mortalidad infantil y mortalidad materna, que se ha observado en el período 1960-95. Estas pasaron de 120 por cada mil nacidos vivos a 11,1 por cada mil nacidos vivos y 3 por cada mil nacidos vivos a 0.4 por cada mil nacidos vivos, respectivamente.

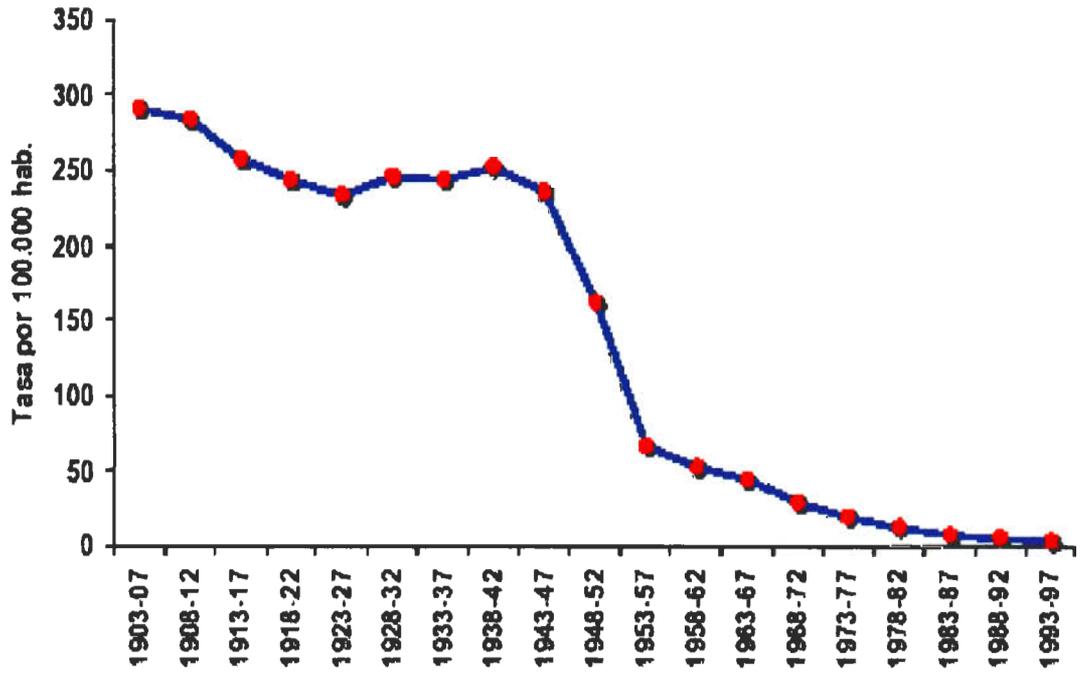
GRAFICO N°2
Principales Causas de Muerte. Chile 1945 – 1999



También es notable el control de la mortalidad asociada a enfermedades transmisibles (tuberculosis) observada en el período 1960-1997, las que han disminuido notoriamente como se observa en el GRAFICO N°3.

GRAFICO N°3

Mortalidad por TBC (todas las formas)
Chile 1903 - 1997



En relación a la Mortalidad materna se observa un descenso importante para llegar a 1995 con tasa de 0.4 por mil nacidos vivos.(Grafico N°4)

Debido a lo anterior, la esperanza de vida promedio de la población ha aumentado desde 58 años en el año 1960 a 75 años en el año 1999. Como ya señaláramos anteriormente, la expectativa de vida ha ido en aumento, donde la expectativa de vida al nacer aumento para hombres y mujeres debido a las altas tasas de sobrevivencia, las mujeres viven más y

sobrepasan el número de hombres en los grupos de mayor edad (GRAFICO N° 5),

GRAFICO N°4

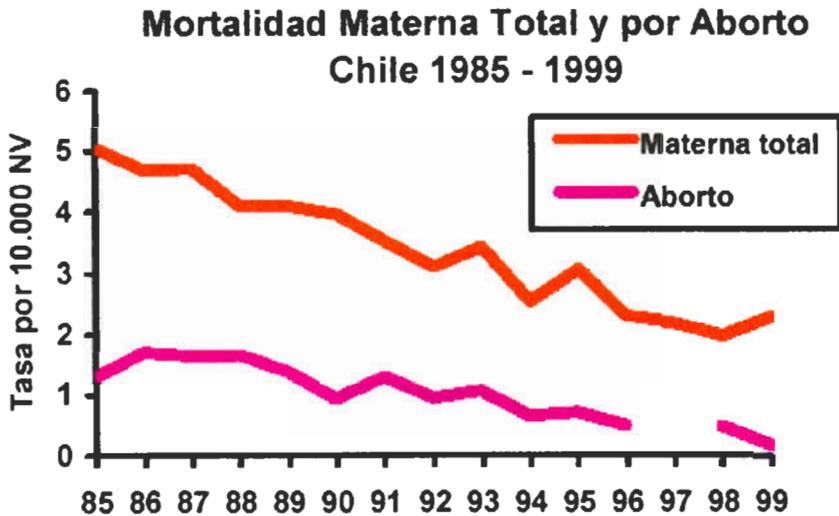
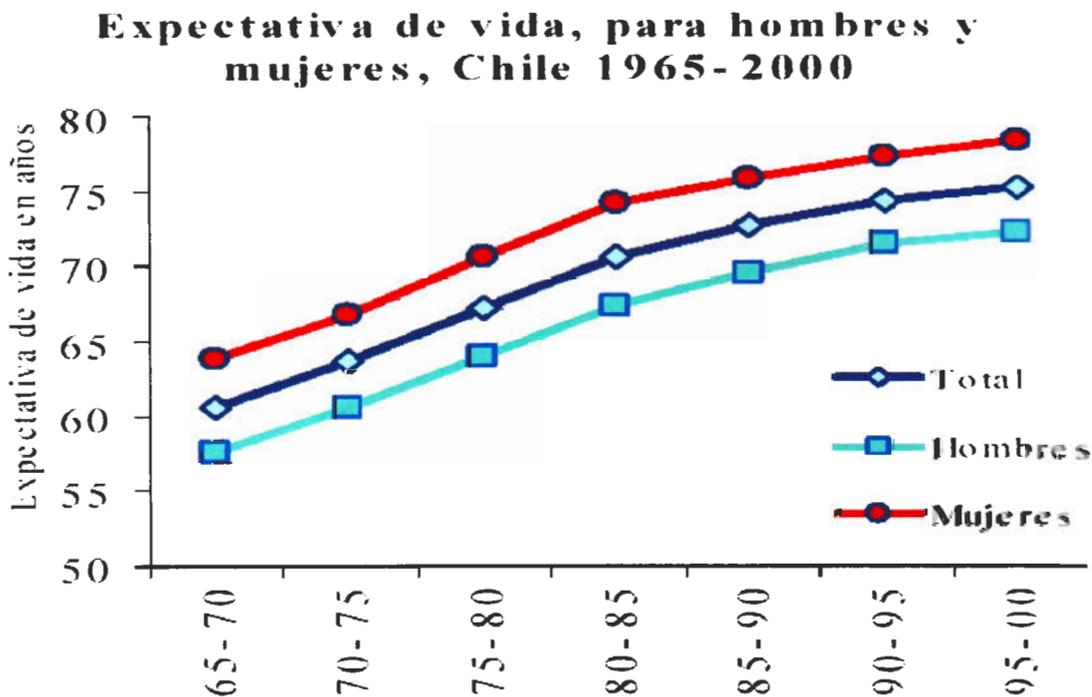
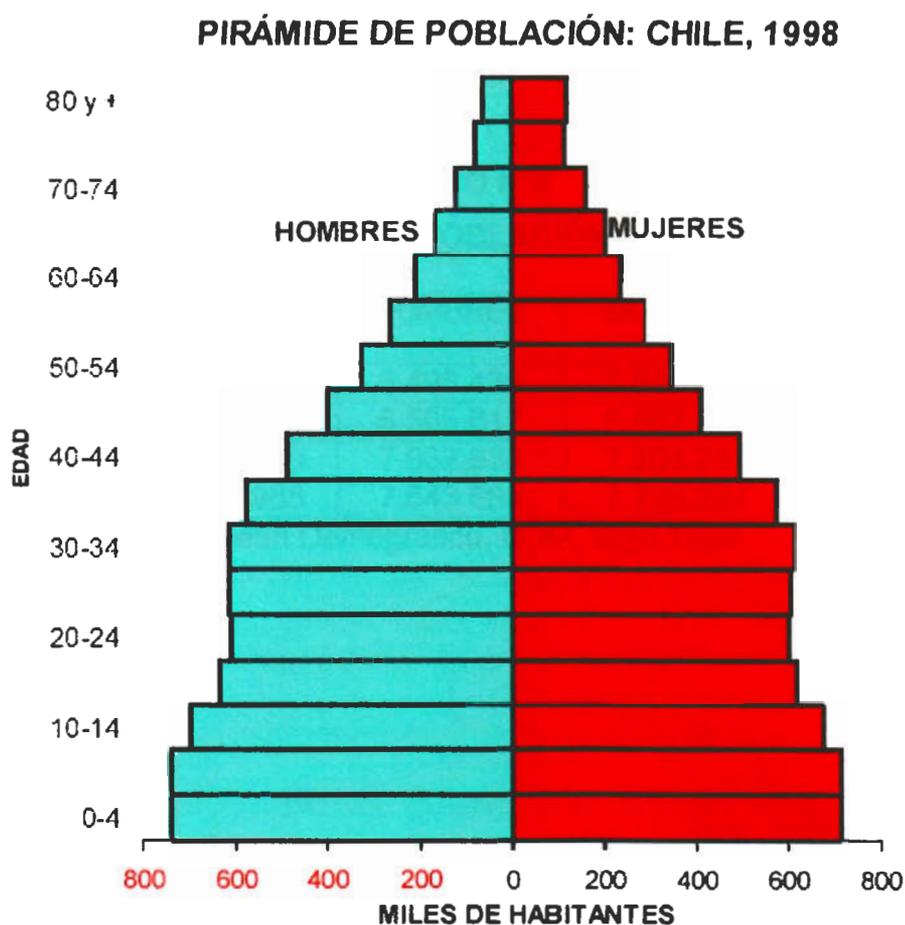


GRAFICO N°5



Durante las últimas décadas se ha producido una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad, de acuerdo a esto, nuestro país se encuentra en un avanzado estado de transición demográfica. Esto se traduce en un enlentecimiento del crecimiento y en un envejecimiento de la población (CUADRO N°5 y 6). Así en los últimos 30 Años (1960-1998), el país ha reducido su tasa de crecimiento de 2.36% a 1.36% y la proporción del grupo de 65 años ha aumentado de 4.3% a 7.0%.-



CUADRO N°5
EVOLUCION DEL CRECIMIENTO DEMOGRAFICO
SEGÚN EDAD Y SEXO
 TASA X 1000
 (1975-1980)

EDAD	MUJERES	HOMBRES
TOTAL	14.7	14.8
0-4	-8.9	-8.1
5-19	5.2	6
20-59	25.6	56.9
60 y más	24.5	19.8

FUENTE: CELADE, Boletín Demográfico, N°42, Stgo, 1998

CUADRO N°6
EVOLUCION DE LA POBLACIÓN POR SEXO

AÑO	AMBOS SEXO	HOMBRES	MUJERES	% TOTAL MUJERES
1980	11.144.769	5.498.439	5.646.330	50.7
1990	13.173.348	6.505.617	6.667.731	50.6
1995	14.237.280	7.032.539	7.204.741	50.6
2000	15.271.965	7.543.668	7.728.297	50.6

FUENTE: CELADE, Boletín Demográfico, N°42, Stgo, 1998

4.2.2.-ASEGURAMIENTO, PROVEEDORES Y FINANCIAMIENTO

Con estas reformas, el sistema de salud chileno pasa a ser un sistema mixto, con participación de los sectores público y privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de los servicios de salud.

Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio de Salud posee y opera varios hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestación. La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria (administrados por las municipalidades), los cuales ofrecen servicios curativos básicos a través de una modalidad de atención abierta a la vez que realizan actividades de fomento y prevención de salud.

En el sistema público, existe un seguro social de salud administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). El seguro opera sobre la base de un esquema de Reparto. Los beneficios que este sistema entrega son los mismos para todos los asegurados, independientemente del monto de la prima cancelada y del tamaño del grupo familiar cubierto.

El sistema de salud privado está conformado por compañías aseguradoras de salud (ISAPRE) y por proveedores de salud particulares. Las ISAPRE operan como un sistema de seguros de salud, basado en contratos individuales pactados con los asegurados, en que los beneficios otorgados dependen directamente del monto de la prima cancelada. Los proveedores privados de

salud corresponden a clínicas, hospitales y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados de las ISAPRE como a los cotizantes del sistema público, a través de una modalidad denominada de libre elección.

Los trabajadores activos y pasivos tienen la obligación de cotizar un 7 por ciento de su renta imponible al sistema de salud, con un tope de 4.2 UF mensual. Este pago puede ser realizado al FONASA, en cuyo caso la persona es beneficiaria del sistema público, o puede tener como destino una ISAPRE, formando parte del sistema de salud privado. La afiliación a una ISAPRE requiere de una prima determinada por cada ISAPRE y que depende del tipo de seguro que se esté comprando. El trabajador puede cancelar primas adicionales al 7 por ciento, para obtener mayores beneficios. Los cotizantes se adscriben voluntariamente al sistema FONASA o al sistema ISAPRE.

Por otra parte, los indigentes y no cotizantes forman parte del FONASA, pero están sujetos a un trato especial.

Los cotizantes adscritos a FONASA pueden elegir entre dos modalidades de atención: la modalidad de atención institucional y la modalidad de atención de libre elección. En la modalidad institucional (atención cerrada) los cotizantes reciben las prestaciones de salud en hospitales o centros de atención primaria. En la modalidad de libre elección (atención abierta) los cotizantes reciben sus atenciones de salud de prestadores privados que están adscritos a esta modalidad.

La modalidad institucional requiere un copago que varía con el nivel de ingreso de la persona, estando exentas de éste las personas cuyo ingreso es inferior a un nivel mínimo de ingresos. La atención en los centros de atención primaria no requiere de copago. La modalidad de libre elección requiere un copago que depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. Los beneficiarios indigentes y no cotizantes del sistema público están excluidos de la modalidad de libre elección.

Las personas cotizantes del sistema ISAPRE acuden a oferentes de salud privados y realizan un copago dependiente del contrato adquirido. Este varía con el nivel de la cotización, el número de dependientes y su edad, la cobertura de beneficios, etc.

En el cuadro N°7, se observa el comportamiento de los adscritos a los diferentes Sistemas de Seguro, durante el año 2001 se aprecia una disminución de los adscritos al Sistema de ISAPRES y un aumento al Sistema Público.

CUADRO N°7

Distribución de la población por sistemas de seguro. Chile 1990-2001 (años seleccionados)

	1990	1995	1999	2001
Fonasa	73,7%	60,3%	62,2%	67.4° ◊
ISAPRES	16,0%	26,3%	22,0%	18.9° ◊
OTROS	10,3%	13,4%	15,8%	13.7° ◊

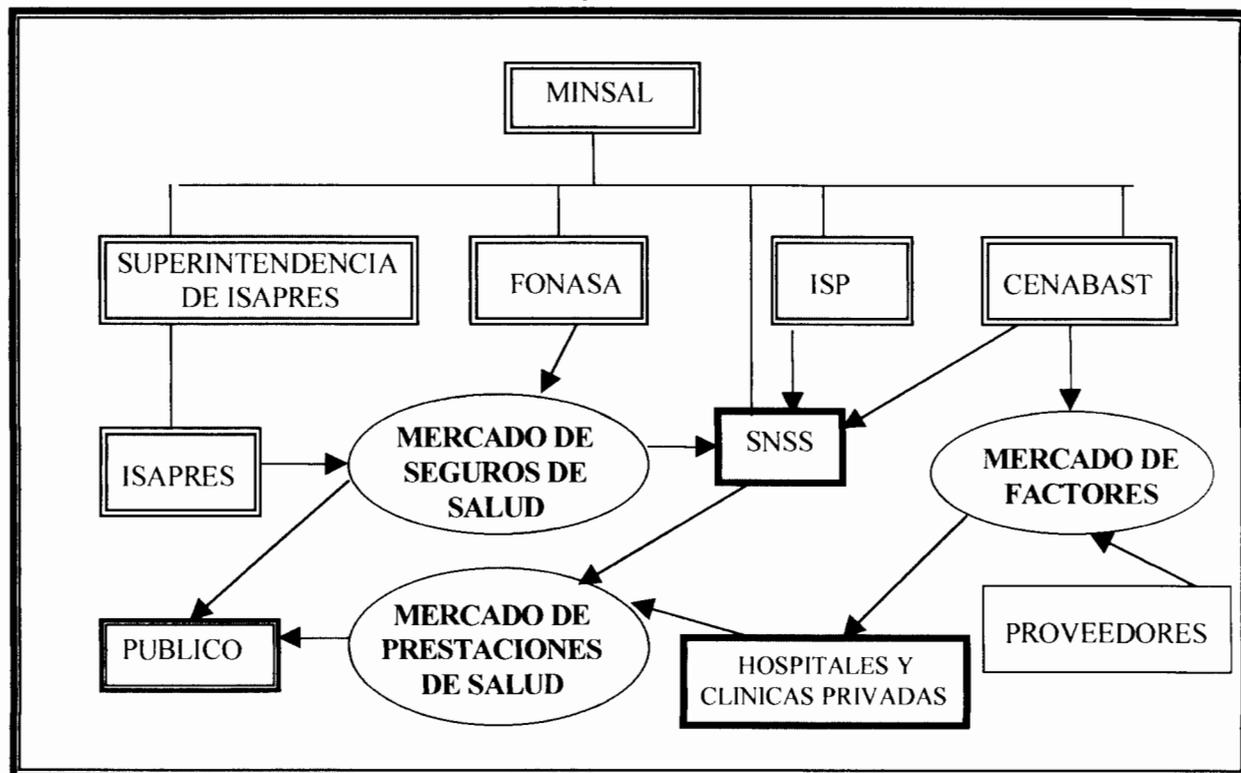
Fuentes: Fondo Nacional de Salud (FONASA) - Superintendencia de ISAPRE.

El sector público de salud se financia principalmente a través de dos fuentes de ingreso: las cotizaciones de los afiliados al FONASA y el aporte fiscal directo. Una tercera fuente menor de financiamiento la constituye el copago para acceder a la modalidad de Libre Elección y a las prestaciones institucionales.

Respecto al flujo de recursos, el FONASA recibe los recursos fiscales y de las familias para traspasarlos a los Servicios de Salud y a los oferentes privados adscritos al sistema de libre elección.

Las ISAPREs tienen sólo un rol asegurador, financiando prestaciones de salud las que son otorgadas por clínicas, doctores, y laboratorios independientes. Algunas ISAPREs se han integrado verticalmente, comprando clínicas y empleando directamente a profesionales de la salud, mientras que otras han mantenido su área de negocios en el campo asegurador y no se han integrado. Existen casos de redes de prestadores que se han organizado como ISAPREs (integración "hacia arriba"). En el sistema ISAPRE la forma de pago de las prestaciones médicas consiste casi en su totalidad en pago por servicios, en el cual se remuneran la totalidad de las prestaciones médicas entregadas a un valor convenido entre el prestador y la ISAPRE. Este hecho, unido al que los pacientes sólo cancelan el copago por las prestaciones, hace que los prestadores de servicios de salud enfrenten pocos incentivos para reducir tanto el número de las prestaciones otorgadas como el costo de las mismas.

Diagrama del funcionamiento del Sistema de Salud Chileno: Mercados Integrantes



(Fuente: Elaboración propia en base a revisión bibliográfica.)

La interrelación de estos organismos entre sí, con el público, los proveedores, los hospitales, clínicas privadas, y las ISAPRES da lugar al funcionamiento de los mercados de prestaciones, de factores y de seguros, tal como se presenta en el cuadro anterior

En el mercado de las prestaciones de salud¹ la oferta se puede realizar desde el sector público o privado en sus tres niveles de atención: primaria que considera las consultas; secundaria que considera las prestaciones

¹ Acciones médicas destinadas a la prevención, diagnóstico, sanación y control de patologías. Además existen aquellas destinadas a mejorar la calidad de vida de la población.

ambulatorias y terciaria que considera aquellas en que se involucra la hospitalización.

En el mercado de los seguros de salud la oferta está compuesta por dos tipos de administradoras, FONASA que opera por el sector público y las ISAPRES que operan por el sector privado(Cuadro N°8)

CUADRO N°8:

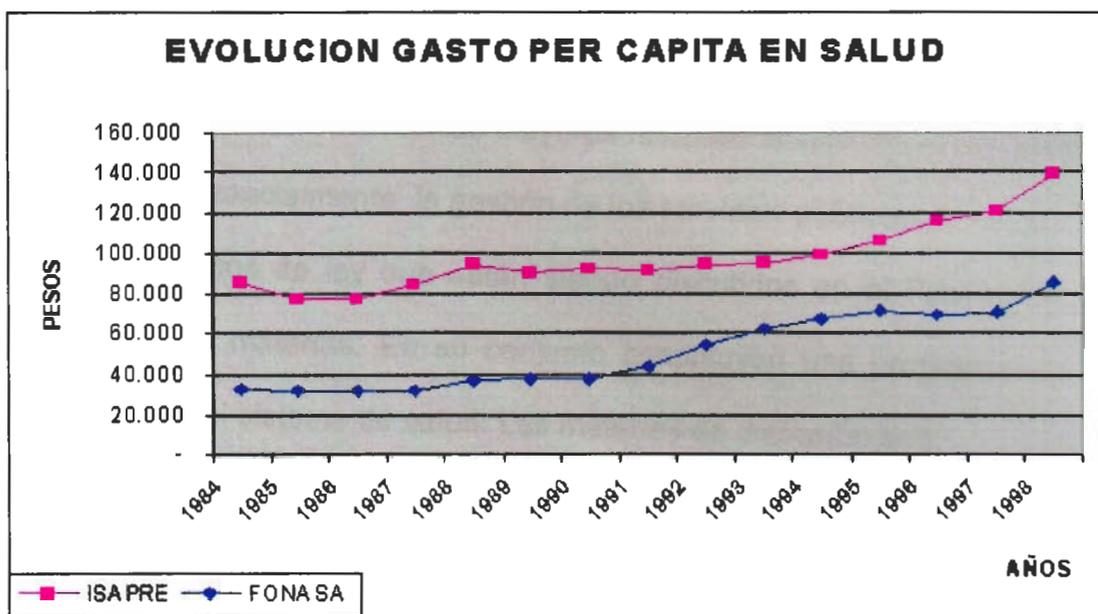
SISTEMA DE SALUD: LOS DIFERENTES MERCADOS Y SUS COMPONENTES

(Fuente: Elaboración propia en base a revisión bibliográfica.)

		MERCADO DE PRESTACIONES	MERCADO DE SEGUROS
OFERTA	PUBLICA	SNSS y consultorios	FONASA
	PRIVADA	Médicos y centros médicos Clínicas y Hospitales clínicos	ISAPREs Seguros Institucionales
DEMANDA	PUBLICA	Trabajadores dependientes, independientes y personas carentes de recursos.	Trabajadores dependientes, independientes
	PRIVADA		

La evolución del Gasto Per Capita en el Sector salud por Subsector, muestra un incremento a través de los años en ambos, tanto en ISAPRES como en Fonasa.

CUADRO N°9
EVOLUCION DEL GASTO PER CAPITA EN EL SECTOR SALUD POR
SUBSECTOR: 1984-1998



4.3.1.-TERCERA REFORMA DE SALUD EN CHILE: EN PROCESO

Las razones que motivaron al Presidente Ricardo Lagos E. a emprender la transformación del sistema son, en primer lugar, de carácter ético - político: resolver la profunda iniquidad que caracteriza la atención de salud en Chile. En segundo término, razones técnicas: adaptar el sistema a los tiempos actuales, de manera que pueda hacer frente a la evolución de la estructura epidemiológica de nuestro país, y a los cambios científicos y tecnológicos que se producen a diario. Por último, hay razones de buena gestión que obligan, por una parte, a proveer de mayores recursos al sistema, y por otra, a transformar sustancialmente la gestión de los servicios públicos de salud. Los cinco proyectos de ley que están siendo discutidos en el Parlamento abordan diversas materias. En su conjunto constituyen una propuesta de Reforma global del sistema de salud. Las materias en discusión son:

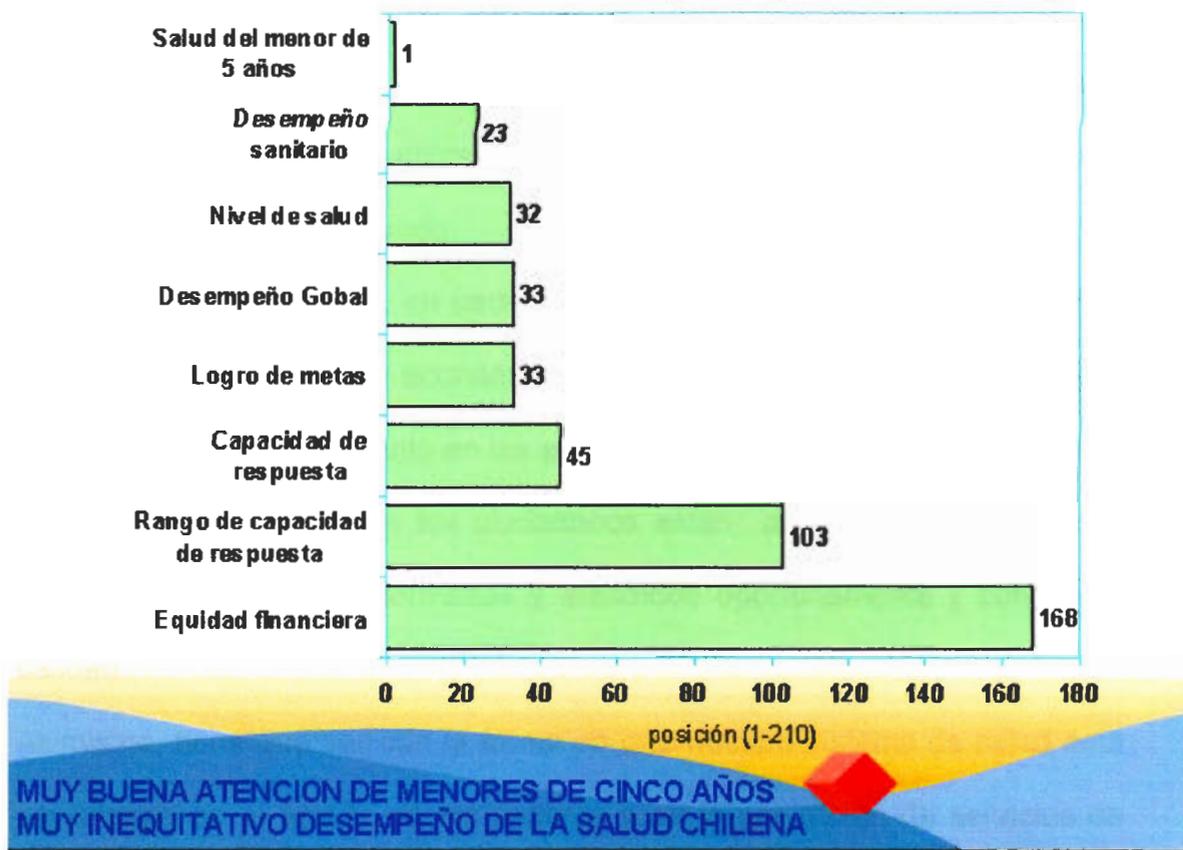
- Plan Auge;
- nuevos sistemas de atención;
- derechos y deberes de las personas;
- regulación de Isapres;
- autoridad sanitaria y sistema de gestión;
- y financiamiento.

En lo que respecta a la distribución de la carga financiera del sistema, la situación de equidad, comparada internacionalmente, es aún más dramática:

Chile está ubicado en el lugar 168 entre 191 países considerados en el Informe de la Salud en el Mundo para el año 2000, elaborado por la Organización Mundial de la Salud (Naciones Unidas). La creación del sistema previsional privado de salud (Isapres) y la eliminación de los aportes patronales a la atención en salud, fueron determinantes en el dramático incremento de la brecha de recursos para el financiamiento de la salud pública y privada.

En comparación con otros países, estamos en el lugar 32 en el nivel de salud de la población; sin embargo, en cuanto al desempeño del sistema con relación al nivel de salud, ocupamos el lugar 23, y el 45 con relación a su capacidad de respuesta.

POSICION DE CHILE EN EL RANKING DE DESEMPEÑO SEGÚN DIVERSOS INDICADORES (OMS, INFORME 2000)



Estos resultados son el fruto de los importantes incrementos en nuestros indicadores de crecimiento económico, social, educacional, cultural, de urbanización y de disponibilidad de altos niveles de saneamiento básico, pero también tienen que ver con la existencia de un sistema de salud que tiene una de las más altas coberturas de América Latina y con el éxito de estrategias para resolver problemas específicos de salud de la población, propios de los desafíos epidemiológicos de los ochenta y los noventa. No en vano, Chile ocupa, en el mundo, el primer lugar en el nivel de salud de los menores de cinco años.

No obstante lo anterior y con relación a otros indicadores de desempeño del sistema de salud, como, por ejemplo, la distribución de la capacidad de respuesta del sistema y la equidad en la contribución financiera, nuestro sistema aparece con una ubicación 103 y 168, respectivamente, dentro del total de 199 países del mundo.

Lo anterior tiene que ver, en parte, con los grandes cambios que ha vivido nuestro país en el ámbito económico, social, cultural y de información. Esto genera un fuerte incremento en las expectativas de los usuarios del sistema de salud y ha hecho que los ciudadanos estén más conscientes de sus derechos y exijan ser informados y atendidos oportunamente y con mejor calidad.

Asimismo, tiene que ver con la forma en que nuestro sistema de salud está organizado en el ámbito de los seguros y en la prestación de servicios de salud, ya que estructuralmente crea incentivos para mantener una alta inequidad en la contribución financiera y en el acceso a los servicios de salud, en función del ingreso y riesgo de la población.

La reducción de enfermedades transmisibles, especialmente aquellas prevenibles por vacunas, ha sido uno de los éxitos epidemiológicos de la acción de salud emprendida en Chile. Mantener estos logros, requiere mantener el esfuerzo en términos de vacunación, cobertura y calidad de los programas. .

El éxito obtenido en la reducción tanto de la mortalidad como de la morbilidad en estos últimos 30 años se debe no tan sólo a los numerosos progresos

económicos que ha experimentado el país, sino también a acciones sistemáticas y planificadas de salud, de alto impacto y con alta cobertura.

Entre los problemas menos controlados en el país destacan los problemas de salud mental, dental y accidentes.

El país se encuentra transitando en una transición demográfica. En poco menos de 30 años, Chile ha transitado desde un país eminentemente joven a un país intermedio en la actualidad. De hecho, en el año 1970, el 40 por ciento de la población era menor de 15 años y el 4,5 por ciento era mayor de 60 años, por lo que demográficamente la población era joven en esa época. Llegado al año 1995, en cambio, los menores de 15 años representan sólo un 30 por ciento y en descenso, mientras que los mayores de 60 años representan casi el 10 por ciento y en ascenso.

El proceso de envejecimiento de la población permite anticipar cambios en la demanda de atención de salud. La atención de salud del adulto mayor es, en general, más costosa al requerir de una mayor tecnología, de cuidados de largo plazo, de una mayor frecuencia de hospitalización y de una mayor permanencia hospitalaria. A medida que se acentúan los cambios demográficos y epidemiológicos, se produce un incremento en la magnitud y severidad de las enfermedades crónicas no transmisibles.

El sistema de seguro de salud chileno no constituye un sistema en sí mismo sino más bien constituye dos subsistemas (público y privado) funcionando en paralelo, con poca coordinación entre ellos, y con formas de operación en algunos casos incompatibles.

FONASA utiliza un sistema de financiamiento redistributivo y las ISAPRE que presentan un sistema de financiamiento individual.

Aunque las personas son en general más sanas que antes. la demanda por un cuidado de salud mejor continua elevando los costos en salud.

Para enfrentar el problema de salud actual se debería considerar lo propuesto por Cristian Aedo I * en su análisis de “Las Reformas de Salud en la Chile” , en el cual señala que¹ hay que distinguir entre un problema de corto plazo - qué hacer con la población adulta mayor que existe hoy en el país y la que entrará en este grupo en el futuro cercano - y el problema de mediano y largo plazo - qué hacer con la población que llegará a esta edad en el futuro lejano.

El problema de corto plazo es complicado por la urgencia de su solución y porque el financiamiento de estos gastos, al romperse el financiamiento intergeneracional con las reformas de los años 80, es una deuda social que no es una responsabilidad ni del FONASA ni del sector ISAPRE. A juicio del autor la sociedad chilena como un todo debe asumir la responsabilidad por el financiamiento de la salud del adulto mayor, a través de un subsidio explícito al adulto mayor para que pueda financiar la compra de un seguro de salud, ya sea del sector público o privado de salud. El financiamiento de este subsidio debe provenir de impuestos generales de la nación.

*Director Programa de Postgrado en Economía ILADES/Georgetown University.
Director de Departamento de Economía Universidad Alberto Hurtado

Para el problema de largo plazo se requiere en primer lugar, solucionar los problemas en la estructura del mercado de seguros salud del país, que afectan la elección FONASA/ISAPRE para el adulto mayor. En segundo lugar, se debe pensar en políticas que incentiven el ahorro individual de manera voluntaria para los gastos del adulto mayor, entre éstas:

- i) una fuerte campaña de información que muestre la necesidad de precaver para el futuro;
- ii) una política fiscal que incentive el ahorro (ej incentivos tributarios); y
- iii) una política económica que permita un crecimiento fuerte y sostenido, con generación de empleos y crecimiento en los salarios reales.

La segmentación que se observa en el mercado laboral entre personas de alto riesgo y bajo ingreso eligiendo FONASA por un lado, y de bajo riesgo y alto ingreso, eligiendo ISAPRE, por otro, da lugar a que se acentúe fuertemente la tendencia a que exista lo que parece un elitismo en el mercado, resultando en la paradoja que aquellos más vulnerables reciben la atención de más baja calidad. En efecto, en la medida en que el ingreso promedio no crezca en la magnitud suficiente para compensar el mayor riesgo inherente a una población más envejecida, dicho elitismo será mayor desfavoreciendo a cierto grupo de la población que no puede beneficiarse de una mejor atención.

Por lo expuesto anteriormente, toda reforma que se inicie debe recoger

la tradición y los esfuerzos realizados en el sistema público para dar mejor salud a los chilenos.

La Reforma en proceso, tiene como finalidad :

- Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad y,
- Reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos mas desfavorecidos de la sociedad (MINSAL 2000)
- Busca la equidad entregando derechos exigibles a las personas
- Proveer Servicios acorde a las expectativas de la población.

Capítulo V.-

5.1.-ANÁLISIS COMPARATIVO DE MODELOS DE SALUD EN EL MUNDO

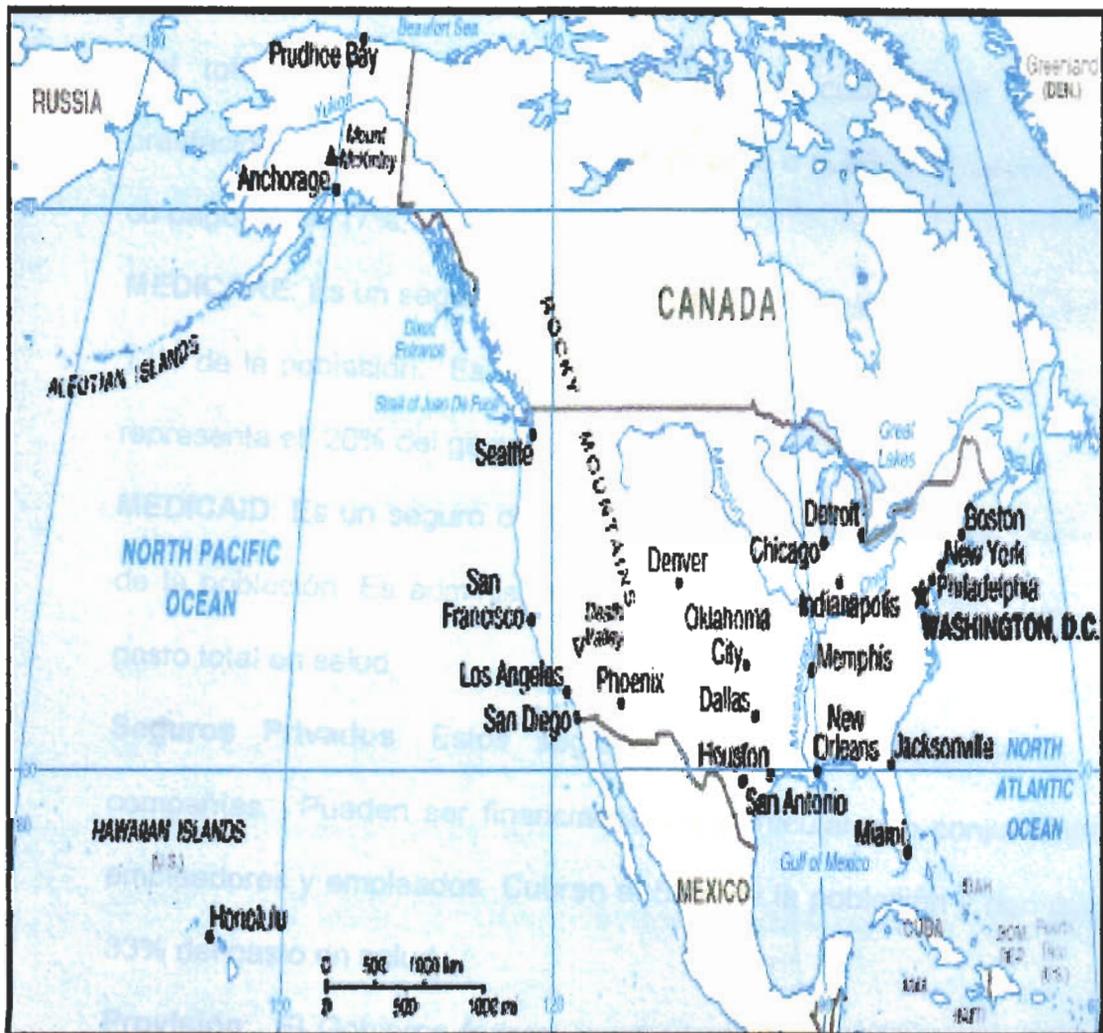
Los sistemas de salud analizados son representativos del mundo actual, y por su condición de desarrollo pueden destinar un alto porcentaje de gasto per cápita a salud.

En este contexto, Chile ostenta indicadores biomédicos muy similares a los países desarrollados, con un menor gasto per cápita.

Nuestra presentación consideró los siguientes aspectos comparativos.

- Población
- PIB per cápita
- Porcentaje del PIB en salud
- Gasto per cápita en salud
- Sistemas de salud
- Proveedores
- Aseguradores

ESTADOS UNIDOS



5.1.1.-ESTADOS UNIDOS

Población : 274 Millones

PIB : US\$7.903

PIB per capita : US\$29,240

% PIB Salud : 13.9

Gasto per capita Salud : US\$4.090

Del total de la población, el 83% de ella esta cubierta por el sistema, con prestaciones variables según seguro privado o público. El usuario realiza un co pago de un 17%.

MEDICARE: Es un seguro social que cubre a los mayores de 65 años. Cubre 13% de la población. Es financiado por impuestos generales y co pagos, y representa el 20% del gasto total de salud.

MEDICAID: Es un seguro de salud para los usuarios pobres. Cubre al 13% de la población. Es administrado por los Estados y representa el 14% del gasto total en salud.

Seguros Privados: Estos seguros los ofrecen alrededor de 1.200 compañías. Pueden ser financiados por particulares o conjuntamente por empleadores y empleados. Cubren el 58% de la población y dan cuenta del 33% del gasto en salud.

Provisión: El Gobierno federal es el principal comprador, hospitales con y sin fines de lucro y públicos. Managed Care.

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Contexto socioeconómico, político y demográfico

La situación de salud de los residentes de los Estados Unidos de América ha mejorado en los últimos 10 años. Entre 1990 y 1995, la esperanza general de vida al nacer aumentó de 75,4 a 75,8 años. La esperanza de vida al nacer era mucho mayor para los hombres blancos (73,4) que para los hombres negros (65,4); sin embargo, la diferencia se ha ido acortando. El aumento de la esperanza de vida en los años noventa fue de 0,7 años para los hombres blancos y de 0,9 años para los hombres negros. La diferencia de la esperanza de vida al nacer entre las mujeres blancas y las negras era de 5,6 años. Aunque los datos para el período comprendido entre 1990 y 1994 son definitivos, los correspondientes a 1995 son preliminares y, por consiguiente, están sujetos a modificaciones.

Se estimó que 36 millones de personas vivían en la pobreza en 1995, año en que la tasa nacional de pobreza fue de 13,8%, en comparación con 15,1% en 1993. La tasa de pobreza de los negros, el mayor grupo minoritario, fue de 29,3%, casi el triple que la de la población blanca.

La población residente en los Estados Unidos alcanzó un total de 263 millones de habitantes en 1995, 6% más que en 1990. La población negra aumentó 8% y la hispana 20%, lo que arroja un total de 33 millones y 27 millones respectivamente.

Mortalidad

Durante los años noventa se registró una marcada disminución de las tasas correspondientes a tres de las principales causas de muerte (las enfermedades del corazón, los accidentes cerebrovasculares y las lesiones no intencionales), en gran parte atribuible a la reducción de factores de riesgo causantes de enfermedad. Desde 1984, el cáncer ha superado a las enfermedades del corazón como principal causa de defunción de las personas de 45 a 64 años. En 1995, ocasionó 252,5 defunciones por 100.000 personas de este grupo de edad.

Las tasas correspondientes al cáncer de mama se mantienen altas a pesar de la atención prestada a la detección y tratamiento precoces.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

La salud del lactante.-

En 1995, la tasa de mortalidad infantil fue de 7,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos. Entre 1990 y 1995, la tasa de mortalidad correspondiente a los niños blancos disminuyó 17,1%, de 7,6 a 6,3 por 1.000 nacidos vivos, y la de los niños negros se redujo 17,2%, de 18,0 a 14,8. En consecuencia, las tasas de mortalidad infantil bajaron hasta un nivel sin precedentes en los Estados Unidos.

La salud del niño y del adolescente .-

Todavía se presentan brotes de enfermedades transmisibles en los Estados Unidos, lo que indica que los programas de vacunación no cubren a muchos niños, especialmente de las zonas rurales y de los barrios pobres más poblados de las ciudades. Más de 42% de las defunciones en la niñez se deben a lesiones no intencionales y alrededor de 30% de ellas ocurren como resultado de accidentes de vehículos de motor.

Las tres causas principales de defunción de los adolescentes, son las lesiones no intencionales, el homicidio y el suicidio.

Otras amenazas a la salud infantil son el retraso mental, los impedimentos para el aprendizaje y los problemas emocionales y del comportamiento. Al parecer, estas afecciones son más prevalentes en los niños que viven en la pobreza que en los de mejor situación socioeconómica.

La salud del adulto .-

El SIDA ocupa el tercer lugar entre las principales causas de defunción de las mujeres de 2 a 44 años.

La salud del adulto mayor.-

El envejecimiento de la población es una de las mayores dificultades que afronta el sistema de atención de salud de los Estados Unidos. Las

proyecciones indican que en el año 2000 el número de personas de 65 años y más aumentará a 35 millones, cifra equivalente a 13% de la población.

Las enfermedades del corazón, el cáncer, los accidentes cerebrovasculares, la neumonía y la influenza, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes son las principales causas de defunción de las personas de 65 años y más.

La salud de grupos especiales de población .-

Las tasas de mortalidad de los negros sobrepasan las de los blancos en 58,8%. Las tasas son también más altas con respecto a las principales causas de muerte. El homicidio sigue siendo la causa de la mayor diferencia entre las razas. En 1995, la tasa de mortalidad por homicidio ajustada por edad fue cerca de seis veces mayor en la población negra que en la blanca, y en ese año el homicidio constituyó la principal causa de defunción en los negros de 15 a 24 años de edad. Las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas, ajustadas por edad, son de un tercio a casi el triple más altas en la población negra que en la blanca. Las tres causas de defunción que arrojaron tasas menores en los negros que en los blancos fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y los trastornos afines, el suicidio y la enfermedad de Alzheimer.

Hispanos. La población hispana es el segundo de los grupos minoritarios más grandes y que más crecen. Los subgrupos hispanos, que comprenden los estadounidenses de origen mexicano y cubano, los puertorriqueños, y los inmigrantes de América Central y del Sur, representaban aproximadamente 10% de la población total en 1995. En 1994, la tasa de natalidad de los hispanos fue de 25,5 nacimientos por 1.000 habitantes, mientras que la de la población en su conjunto fue de 15,2 nacimientos por 1.000.

Indígenas de los Estados Unidos. Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska constituyen el grupo minoritario más pequeño y suman 2.1 millones de habitantes. Aproximadamente 50% viven en las zonas urbanas y gran parte del resto, en reservas. El Gobierno Federal, por medio del Servicio de Salud de los Indígenas, se ocupa de la atención de salud de este grupo. La principal causa de defunción de los indígenas estadounidenses menores de 45 años son las lesiones no intencionales, que muy a menudo se producen a consecuencia del consumo de alcohol (75%).

Refugiados. En 1995 fueron admitidos en los Estados Unidos 131.300 refugiados. De ellos, 34% provenían de Europa Oriental y de la antigua Unión Soviética, 28% del Asia Oriental, 3% del Cercano Oriente, 30% de América Latina y el Caribe, y 3% de África. El número de refugiados que entró a los Estados Unidos en el año fiscal 1995 representa una disminución de 9% con respecto al que ingresó en 1992. El número de refugiados y de otras personas provenientes de América Latina y el Caribe aumentó 131% en

el mismo período. Los refugiados suelen tener problemas de salud derivados de las condiciones imperantes en sus países de origen, se ofrecen servicios de atención de salud en los campamentos de asilo inicial localizados en centros de tramitación del registro de refugiados. En los puertos de entrada, las autoridades de cuarentena se encargan de la inspección de los refugiados y sus fichas médicas, y notifican de su arribo a los departamentos de salud estatales y locales correspondientes.

Personas con discapacidad. En los Estados Unidos hay más de 49 millones de personas con discapacidades físicas y mentales. La discapacidad afecta a todos los aspectos del bienestar de estas personas y tiene consecuencias emocionales, sociales y económicas. En 1994 y 1995, el Centro Nacional de Estadísticas de Salud condujo la primera encuesta amplia sobre discapacidad realizada en el país. Esta encuesta permitió comprobar que la prevalencia de discapacidades es desproporcionadamente mayor en los menores de edad, las personas de edad avanzada, los pobres y la población rural.

En 1997, Medicare y Medicaid, los programas públicos de financiamiento más importantes, cubrieron alrededor de 12 millones de personas consideradas discapacitadas sobre la base de criterios federales. Se estimó que en el año fiscal 1997 se gastaron US\$ 21.000 millones en atención de salud y servicios prestados por Medicare y se espera que el Gobierno Federal asigne \$33.000 millones para pagos de Medicaid.

La política nacional más amplia para mejorar la salud y prevenir las condiciones de salud adversas se denomina "Gente Sana 2000". Su objetivo central es aumentar el número de personas que tienen una vida larga y saludable y sin discapacidad. El segundo objetivo del plan exige la eliminación de las desigualdades existentes en materia de salud entre los distintos grupos de población, y el tercero, el acceso de toda la población a servicios preventivos.

En 1995, el gasto nacional en salud fue de US\$ 988.500 millones, mayor que el de \$937.100 millones de 1994. El aumento del gasto en salud de 1995 fue levemente superior al de 5,1% registrado en 1994, en tanto que el gasto por persona subió en \$156 en relación con los \$3.465 de 1994. En 1995, el gasto nacional en salud representó 13,6% del producto interno bruto (PIB).

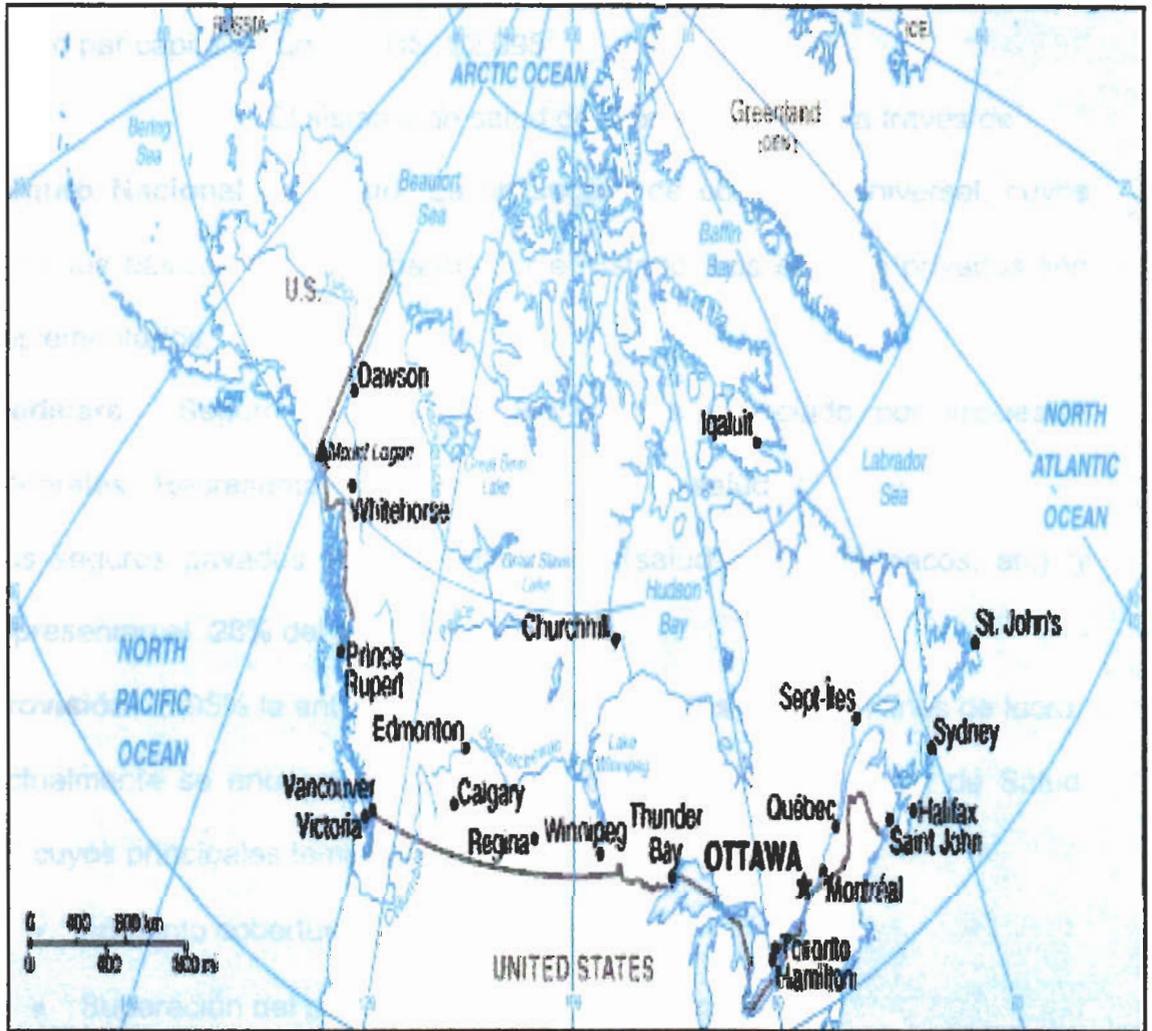
El sistema de atención de salud de Estados Unidos, depende mucho de los pagos que efectúa el seguro privado por asistencia médica. Este seguro, provisto por los empleadores o adquirido individualmente, cubre casi a las tres cuartas partes de la población; 14% de esta carece por completo de cobertura médica.

En 1995, Medicare y Medicaid financiaron aproximadamente 36% del total de gastos en servicios de atención a las personas y representaron 80,9% de la participación del sector público en el financiamiento de la atención de salud.

Estos dos programas financiaban 47% de la atención hospitalaria y alrededor de 26,9% de los servicios médicos.

La atención administrada se caracteriza por hacer hincapié en la asistencia preventiva, la eliminación de servicios innecesarios, los descuentos de precios negociados y los menores copagos y pagos deducibles. En 1995, más de la mitad de la población de los Estados Unidos estaba inscrita en el sistema de atención administrada.

Canadá



5.1.2.-CANADÁ

Población	: 30.6 Millones
PIB	: US \$580.9
PIB per capita	: US\$19,170
% PIB Salud	: 9.3
Gasto per capita Salud	: US \$2.095

El sistema de salud de Canadá funciona a través de:

Seguro Nacional de Salud: Es un seguro de cobertura universal, cuyos servicios básicos son financiados por el Estado. Los seguros privados son suplementarios.

Medicare: Seguro Nacional de Salud . Es financiado por impuestos generales. Representa el **72%** del gasto total en salud.

Los seguros privados son suplementarios (salud dental, fármacos, etc), y representan el **28%** del gasto en salud.

Provisión: El 95% la entregan **hospitales privados** con o sin fines de lucro.

Actualmente se encuentran en proceso de reformas al Sistema de Salud, cuyos principales temas de discusión son:

- Aumento cobertura: fármacos, home care
- Superación del pago por servicios (FFS) a médicos
- Calidad ,
- Colas y listas de espera

CANADA

es una monarquía constitucional, un estado federal y una democracia parlamentaria. El país es una confederación de 10 provincias y tres territorios

El censo de 1996 determinó que la población de Canadá era de 30,6 millones de habitantes, con más del 60% en zonas urbanas.

El sistema sanitario se consolidó en 1984, cuando se aprobó la Ley de Salud de Canadá en respuesta a las inquietudes sobre acceso desigual a los servicios de asistencia sanitaria resultantes de cargos a los usuarios y prácticas de sobrefacturación en algunas provincias. El propósito de la Ley fue garantizar el acceso prepago a la asistencia sanitaria necesaria para todos los residentes de Canadá. El país posee un sistema de asistencia sanitaria financiado y administrado por el sector público y de prestación privada (sin fines de lucro) predominantemente, conocido por los canadienses como "Medicare". El sistema proporciona acceso a cobertura total, integral para servicios hospitalarios, servicios médicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios desde el punto de vista médico.

Los gastos sanitarios representaron el 9,1% del producto interno bruto (PIB) en 1998, nivel por debajo del pico del 10% del PIB en 1992. El gasto en asistencia sanitaria representa alrededor de un tercio de los gastos de los programas provinciales. El financiamiento del sector público equivale a aproximadamente 69,6% de los gastos totales en salud. El 30,4% restante se

financia de manera privada mediante seguros complementarios, prestaciones a cargo del empleador o desembolsos directos.

En Canadá, el objetivo general de reestructurar el sistema sanitario ha sido simplificar las funciones y las responsabilidades de manera que el gobierno federal trabaje con política general, el establecimiento de normas y auditoría; los gobiernos provinciales tengan una función de vigilancia, y los gobiernos locales se encarguen de la provisión de infraestructura y la prestación de servicios.

Contexto económico:

INDICADOR	Año					
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
PIB per cápita en precios constantes, en moneda local y US\$	25.652*	26.573*	26.947*	27.782*	ND	ND
	20.522*	22.330*	22.645*	23.745*		
Gasto público total como porcentaje del PIB	22,5*	21,7*	20,8*	20,0*	ND	ND
Gasto social público como porcentaje del PIB	15,6	15,0	14,9	ND	ND	ND
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	9,4*	9,1*	8,9*	8,9	9,1	9,2

Fuentes: Datos sobre salud de la OCDE para 1999* en paridades del poder adquisitivo en unidades de moneda local y dólares estadounidenses. Estadísticas Canadá, Ingresos y gastos consolidados del gobierno. División de Instituciones Públicas

El censo de 1996 determinó que la población de Canadá era de 30,6 millones, con más del 60% en zonas urbanas. Cerca del 3% de la población tiene ascendencia aborígen y el 17%, ó 5 millones de personas, son inmigrantes predominantemente de Asia, Oriente Medio y África

Canadá posee un sistema de asistencia sanitaria financiado y administrado por el sector público y de prestación privada (sin fines de lucro) predominantemente, conocido por los canadienses como "Medicare". El sistema proporciona acceso a cobertura total, integral para servicios hospitalarios, servicios médicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios necesarios desde el punto de vista médico.

El sistema de asistencia sanitaria de Canadá se ha construido sobre los cinco principios de la *Ley de Salud de Canadá* (HCA, por su sigla en inglés):

- a) La universalidad significa que el plan provincial debe conceder el derecho al 100% de la población a servicios asegurados según términos y condiciones uniformes;
- b) el alcance indica que todos los servicios de salud asegurados prestados por hospitales y profesionales médicos deben estar cubiertos por el plan;
- c) la accesibilidad significa que los servicios sanitarios deben prestarse sin barreras, incluidos los cargos adicionales a los pacientes asegurados para los servicios asegurados;
- d) la facilidad de transferencia garantiza la cobertura de salud para los asegurados cuando se trasladan en Canadá o cuando viajan dentro o fuera del país;

e) la administración pública requiere que el plan deba ser administrado y ejecutado sin fines de lucro por una autoridad pública responsable nombrada o designada por el gobierno provincial.

Una característica definitoria de la mayor parte de la asistencia sanitaria en Canadá es que se financia públicamente, principalmente mediante tributación, incluidos los impuestos federales y provinciales, personales y sobre la renta de las sociedades, pero los servicios se prestan de manera privada sin fines de lucro. La Estructura del Financiamiento para el Sistema de Salud en Canadá indica que el flujo de los fondos de los individuos en forma de pago de impuestos y primas a los gobiernos, los empleadores y los aseguradores privados, financia el sistema de prestación de asistencia sanitaria y los prestadores.

5.1.3.-GRAN BRETAÑA

Población : 58.6 Millones

PIB : US \$1.264

PIB per capita : US \$21,410

% PIB Salud : 6.7

Gasto per capita Salud: : US\$1.347

Desde 1948 posee un **Servicio Nacional de Salud** :

The National Health Service Act : Este sistema es financiado con impuestos generales, y ofrece servicios preventivos, ambulatorios, de hospitalización y medicamentos

Tiene libertad de elección (GPs)

El servicio Nacional de Salud (NHS) representa el **88%** del gasto en salud.

Seguros Privados complementarios cubren 12% de la población y **4%** del gasto en salud.

Provisión: Es pública.

GPs: Primary Care Groups: Son la puerta de entrada al sistema, y utiliza la modalidad de médicos de familia.

Su población asignada es entre 30.000-250.000 habitantes.

Hospitales: Son semi-autónomos, y contratan PCGs.

Thatcher-Blair: 1990-1997

- Separación compra y provisión de servicios,
- Introduce competición y descentralización

Listas de espera, desfinanciamiento

National Health Service, o NHS, es el servicio de salud que brinda cobertura universal y gratuita a 59 millones de personas en Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte; prácticamente la totalidad de la población británica utiliza los servicios médicos del servicio nacional de salud.

Creado en 1948, el sistema de salud británico es reconocido mundialmente por su cobertura universal, la alta calidad de la atención primaria, el éxito de sus estrategias de contención de gastos y por el óptimo grado de autorregulación y desarrollo profesional que ha alcanzado en cada nivel de servicio.

El NHS es una parte central del sistema de bienestar social británico. Los principios establecidos en su concepción aún siguen vigentes: la obligación de ofrecer un servicio de salud integral gratuito para toda la población según la demanda, sin distinción de su nivel de ingresos.

Gran Bretaña destina el 6,7% de su PBI a la atención de la salud. En este campo, los servicios son gratuitos en el punto de entrega y todos los participantes, empleadores y empleados contribuyen con sus aportes a paliar el gasto. El promedio de expectativa de vida de los hombres es de 74,4 años y 79,3 años para las mujeres. A pesar de que estos índices son similares en

los Estados Unidos, el costo real per cápita en Gran Bretaña es un 30% inferior.

Los impuestos generales cubren un 82 % del gasto en salud; un 12.2% adicional proviene de las contribuciones sociales y 2,3%, de aranceles que abonan los pacientes por ciertas prestaciones, y las autoridades también pueden aceptar donaciones privadas. Algunos hospitales del NHS brindan servicios a la medicina privada que abarca un 11% de la población, o aceptan pacientes provenientes del extranjero que pagan la totalidad de su tratamiento médico y hotelería.

El 97% del presupuesto de salud se utiliza para brindar los servicios de salud primaria y secundaria. El restante se destina a programas complementarios (por ejemplo, leche y vitaminas para niños de familias carenciadas) y gastos administrativos. De los fondos destinados a la salud, casi dos tercios son utilizados en recursos humanos y el 10% se asigna anualmente a la adquisición de medicamentos. La atención a pacientes mayores de 64 años de edad constituye un segmento en aumento aunque representa sólo el 16% de la población.

El NHS maneja un presupuesto de alrededor de 73 mil millones de dólares y es el principal empleador de Europa con casi un millón de empleados. En Inglaterra, la mitad

A lo largo de 50 años de historia, un amplio conjunto de organizaciones, entidades estatales, asociaciones profesionales, entes educativos, caridades, fundaciones, instituciones privadas e individuos han volcado sus recursos,

COLOMBIA



habilidades y experiencia contribuyendo a optimizar los servicios de salud británicos.

Durante gran parte de este siglo, Gran Bretaña ha puesto a disposición de la comunidad internacional su modelo de salud. La experiencia, conocimiento y productos se encuentran disponibles a través de programas de asistencia y acuerdos con gobiernos extranjeros en áreas de planificación de salud, diseño y consultoría de administración, inversión de capital y adquisición de equipamientos, educación y capacitación. Empresas y consultoras británicas participan activamente en la planificación y la administración de sistemas de salud en muchos países. Arquitectos, ingenieros y empresas constructoras británicas tienen un lugar preponderante en el campo internacional en el diseño y construcción de hospitales, y equipamiento, instrumental y medicamentos británicos están presentes en todo el mundo.

5.1.4.-COLOMBIA

Población : 40.8 Millones

PIB : US \$100.7

PIB per capita : US\$2,470

% PIB Salud : 7.4

Gasto per capita Salud: : US \$ 180

En este país el sistema de salud está regido por:

Ley 100. Es un **Régimen Contributivo**, con una Cotización obligatoria de salud **12%** (2/3-1/3). Esta constituido por:

EPS (Empresas Promotoras de Salud) que pueden ser privadas o públicas.

Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) Este plan contempla:

- La Prevención y Promoción
- Urgencias (copago cero)
- Cobertura ambulatoria general (copago de US\$ 0.5 a US\$ 2.5 dependiendo del nivel de sueldo del contratante),
- Cobertura de hospitalización (copago desde un 10% con tope de US\$35 hasta 20% con tope de US\$280) Excluye cirugía plástica, fertilidad y hospitalizaciones psiquiátricas de más de 30 días.Medicamentos genéricos (copago).

- Subsidio por incapacidad laboral. Cubre 2/3 del sueldo del trabajador cuando está enfermo, con un deducible de 3 días que podrá ser pagado por el empleador.

Unidad de Pago por Capitación (U.P.C.) que en promedio, hoy es de aproximadamente más de US\$ 9.0, por beneficiario al mes (+/- 110 US\$/beneficiario/año)

Plan único de Beneficios (POS)

Conversión de los Hospitales Públicos en **Empresas Sociales del Estado (ESSE)**

Ley 100 Régimen Subsidiado: Orientado a poblaciones que **no contribuyen** a la seguridad social .

ARS (Administradoras del Régimen Subsidiado)

Se diseña un **Plan de Salud (POS-S)** con un nivel de cobertura igual que el POS en ambulatorio, promoción y prevención, parto y enfermedades catastróficas.

Unidad de Pago por Capitación que en promedio, es aproximadamente un 63% de la UPC del régimen contributivo (+/- 70 US\$/beneficiario/año), con la misma relación sexo - edad

Todos los beneficiarios reciben la **misma cobertura**, independiente de su contribución. La UPC tiene valores distintos sólo por sexo y edad de cada beneficiario.

Las EPS **no pueden rechazar** ninguna afiliación solicitada por cualquier colombiano.

COLOMBIA

Contexto socioeconómico, político y demográfico

Colombia es una república unitaria descentralizada con un gobierno democrático. Su extensión territorial es de 1,138. 910 Kms² y su población es 43.070.703 habitantes en el año 2001. En los años 90 se produjo una radical *apertura económica en casi todos los sectores de la economía.*

La tasa cruda de mortalidad general para el año 2000 fue de 5.90. En el 2000, la mayor proporción de muertes fue por causas relacionadas con el aparato circulatorio, seguida de las causas externas, tumores, enfermedades transmisibles y afecciones originadas en el período prenatal.

Las corrientes migratorias externas se dirigen principalmente a Ecuador, Estados Unidos y Venezuela, con un volumen acumulado que, según el censo de 1993, sobrepasa el medio millón de personas. La existencia de 81 pueblos indígenas (1,7% del total de habitantes), junto a la población colombiana de origen africano (25% de la población) y mestiza, hacen de Colombia un país multiétnico y pluricultural, con diversas tradiciones y distintas lenguas

En general, los indicadores demográficos muestran mejorías continuas en los períodos 1970–1975 a 1990–1995, sin embargo, las mejoras de los indicadores nacionales en su conjunto ocultan las grandes diferencias que subsisten entre las regiones, entre las zonas urbanas y rurales y entre los estratos sociales.

La reforma se complementó con las Leyes 60 (que descentralizó las competencias y recursos de salud y educación) y 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social) que plantean la ampliación de las coberturas de salud pública y de atención personal a través del sistema de aseguramiento. En el aseguramiento, son las Empresas Promotoras de Salud y las Administradoras del Régimen Subsidiado las que administran el aseguramiento en sus modalidades contributiva y subsidiada, respectivamente. No se logró la meta de cobertura universal y la población de bajos recursos no afiliada al sistema es atendida a través de la red pública hospitalaria. La población en el régimen contributivo cotiza un 12% de sus ingresos y recibe el Plan Obligatorio de Salud; los subsidiados se afilian a través de una cotización que el Estado paga el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Se esperaba que en el año 2001 ambos paquetes fueran idénticos, pero el desempleo y bajo crecimiento económico impidieron la cobertura universal y la equiparación de los planes como lo contemplaba la Ley 100.

Las finanzas del sistema se manejan a través del Fondo de Solidaridad y Garantía. La Superintendencia Nacional de Salud ejerce la inspección, la vigilancia y el control del sistema.

En el año 2000 se contaban 13.245.465 beneficiarios en el régimen contributivo y 9.510.566 en el subsidiado (59.79% de población pobre por NBI) lo que representa el 53.76% de la población de Colombia.

La reforma también planteó la transformación de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado así como la definición de mecanismos institucionales, legales, administrativos y operativos (Defensoría del Pueblo, Superintendencia Nacional de Salud, veedurías comunitarias, acción de tutela, etc.), tendientes a fortalecer la participación de los usuarios de los servicios en la gestión del sector.

La población desplazada por los conflictos armados vive en condiciones de fragilidad con respuestas de poco impacto frente al problema.

El principal problema de salud de la población colombiana son las lesiones por causas externas, producto de la violencia que afecta a la sociedad en su conjunto.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, y la primera en el grupo de 45 a 64 años de edad.

Los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte en el grupo de 45 y más años y en las mujeres.

En el decenio de 1980 se puso en marcha un activo proceso de transformación institucional. La Ley 10 de Municipalización de la Salud, elaborada por el sector salud, impulsó una serie de cambios tendientes a fortalecer los entes territoriales del sector.

La esencia de la reforma del sistema es la ampliación de la cobertura para las personas cubiertas por los regímenes contributivo y subsidiado, sobre la base de un esquema solidario de redistribución del ingreso que permita la

universalización de los beneficios mediante la protección al asegurado, el cónyuge y los hijos menores, incluidos los padres y parientes hasta el tercer grado.

La reforma del sector enfrenta un importante problema referido a la accesibilidad de la población, especialmente de los más pobres y de los desempleados, a los recursos para la recuperación de su salud.

El sistema general de seguridad social establece cuatro pilares fundamentales:

- El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en la órbita del Ministerio de Salud, cuya responsabilidad es normar, regular, controlar y dirigir el sistema.
- El Fondo de Solidaridad y Garantía, encargado del financiamiento del sistema. Las personas con ingresos superiores a dos salarios mínimos deben aportar al régimen contributivo, mientras que los pobres, desempleados o campesinos se encuentran enmarcados en el régimen subsidiado.
- Las empresas promotoras de salud, que constituyen los núcleos organizativos fundamentales del sistema. Ellas realizan la movilización básica de los recursos financieros, la promoción de la salud y la organización de la prestación de los servicios médicos.
- Las instituciones prestadoras de servicios de salud, es decir, los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud, y todos los profesionales que, agrupados o

individualmente, ofrezcan sus servicios a través de las empresas promotoras de salud.

Todos los inscritos en el sistema tienen derecho a recibir un Plan de Atención Básica (PAB) que incluye servicios de urgencias, hospitalización, consultas y medicamentos.

La red de servicios del sector público está constituida por 3.340 puestos sanitarios, 904 centros de salud, 128 centros de salud con camas y 555 hospitales

De acuerdo con la Ley 60 sancionada en 1993, las fuentes de financiación del régimen subsidiado son: 15% de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación, situado fiscal (remesas) a los departamentos, rentas de la Nación cedidas a los departamentos, recursos de ECOSALUD (impuesto a los juegos), aportes voluntarios de municipios y departamentos, participación en las regalías de los nuevos pozos petroleros, aportes de las cajas de compensación, IVA social, impuesto a las armas y municiones, y copagos y cuotas moderadoras de los afiliados y sus familiares. En las últimas décadas, la economía colombiana experimentó enormes cambios, creciendo y diversificándose en forma constante y progresiva. En 1999 el PIB decreció un 4.2% en términos reales y en el 2000 creció un 2.8%.

Algunos Indicadores Económicos

INDICADOR	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB per cápita precios constantes en USD	ND	ND	ND	2,420.1	2,038.4	1,920.1
Población Económicamente Activa, en miles	16.456	16.292	16.830	17.549	18.290	19.571
Gasto Salud Público / PIB	4.3	5.2	5.3	5.1	5.5	ND
Gasto Salud Privado / PIB	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	ND
Gasto Salud Total / PIB	7.4	8.8	9.3	9.3	8.6	ND
Gasto público social como porcentaje del PIB	12.40	13.90	13.19	13.19	14.05	12.18
Tasa de Inflación Anual %	19.46	21.63	17.68	16.70	9.23	8.75

Fuente: Departamento Nacional de Planeación DNP. Indicadores de coyuntura económica. 2000. DANE

2000

Colombia experimenta los cambios demográficos y epidemiológicos propios de las sociedades en transición tales como envejecimiento de la población, descenso de las tasas de fecundidad y rápida urbanización. La esperanza de vida al nacer aumentó a 71,2 años en el 2000, la fecundidad pasó de 7 hijos por mujer en 1950-1955 a 2,7 hijos por mujer en 1995-2000. El 71% de la población es urbana con la consecuente saturación en el acceso a los servicios básicos de las ciudades. La esperanza de vida al nacer se mantiene casi idéntica en los últimos tres años: 68,2 años para los hombres y 74,8 las mujeres en el 2000.

La situación de salud en Colombia corresponde a una transición demográfica. La tasa de mortalidad general es 5.90 y la esperanza de vida es 67 años los hombres y 75 las mujeres.

PRINCIPALES INDICADORES	AÑOS		
	1998	1999	2000
BIODEMOGRAFICOS			
Tasa bruta de mortalidad	5,6	5,7	5,6
Tasa de mortalidad materna	87	78,2	81,1
Crecimiento demográfico anual	1,6	1,8	1,8
Esperanza de vida al nacer	71	71	71,2
Tasa de mortalidad infantil	24	28	11,2

Fuente: Situación de Salud en Las Américas. Indicadores básicos 2000, 1999, 1998.

Tal como se observa en el cuadro anterior, la tasa bruta de mortalidad en 1998-2000 no ha sufrido cambios significativos. Hay envejecimiento demográfico, y descenso de la tasa de fecundidad. La esperanza de vida al nacer aumentó a 71,2 años en el 2000 y la fecundidad bajó de 7 hijos en 1950 a 2,7 en 1995. Las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar en Colombia. Luego vienen las muertes por accidentes y violencias condicionadas por la guerrilla y el narcotráfico: El 62% son homicidios, 20% accidentes de tránsito y el 6% suicidios. Las muertes por neoplasias ocupan el tercer lugar. Y el

cuarto las enfermedades transmisibles, ambas con una tendencia bastante estable. La tuberculosis es un problema de salud pública en el país.

El PAB, es un plan territorial gratuito y obligatorio, responsabilidad del estado y competencia del nivel municipal¹. En este marco se ejecuta el plan de ambiente y saneamiento y algunas acciones de alimentación y nutrición para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes, especialmente de vitamina A, hierro y yodo.

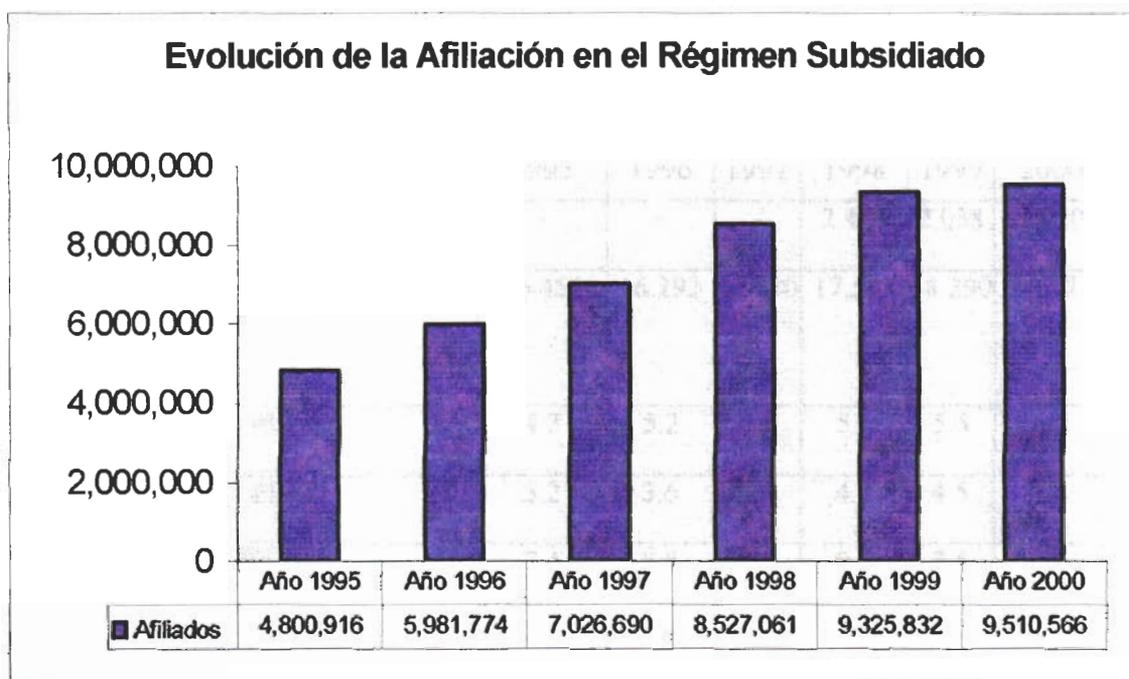
El paquete de beneficios individual (contributivo y subsidiado) incluye acciones de detección precoz del cáncer cérvico uterino y de mama. La población beneficiaria son las mujeres entre 25 y 69 años o las menores de 25 años con vida sexual activa afiliadas al Sistema para el caso de cuello uterino, y las mujeres mayores de 50 años afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado para el de mama. Estas normas están contenidas en la Resolución 412/2000 del Ministerio de Salud, que incluye acciones preventivas para la población afiliada (agudeza visual, lesiones preneoplásicas, violencia intrafamiliar, hipertensión arterial, diabetes y otras). Sin embargo, no son de obligatorio cumplimiento por aseguradoras y prestadores privados.

El sistema se basó la separación entre los servicios individuales y los servicios colectivos en salud, para dejar los primeros en manos del mercado con competencia regulada y, los segundos, a cargo del Estado. Los servicios individuales quedaron organizados por la lógica del mercado de

aseguramiento, que incorporaron aspectos del modelo de “competencia gerenciada”. Se planteó la obligatoriedad del aseguramiento, la existencia de un fondo único al que confluyen todos los recursos (Fondo de Solidaridad y Garantía), la exigencia de un plan mínimo de beneficios (Plan Obligatorio de Salud) y el pago de los aseguradores *per capita* ajustado por riesgos (Unidad de Pago por Capitación).

La información disponible muestra que los gastos totales del sector público no financiero aumentaron entre 1994 y 2001. El crecimiento de los ingresos se concentró fundamentalmente en los de Seguridad Social (del 2.9 al 6.0% del PIB) y en los del sector público territorial (de 4.6 a 8.3% del PIB).

GRAFICO N° 6



Fuente: Dirección General de Aseguramiento - Régimen Subsidiado

CUADRO N°10

Recursos del sistema de salud, 1999-2001

Gasto Total Salud per cápita \$ US (1)	216.83
Gasto Público Salud per cápita \$ US (1)	126.61
Médicos por 10,000 habitantes	9,3
Enfermeras por 10,000 habitantes	4,3
Camas hospitalarias x 1000 habitantes	1,5

Fuente: (1) DNP, 1999. Indicadores Básicos de Salud, 2001. OPS

El PIB fue satisfactorio en los años 80 y con crecimiento estable de 1991 a 1994. En 1999 el PIB decreció un 4.2% y en el 2000 creció un 2.8%. La inflación disminuyó significativamente a partir de 1999. El IPC fue de 9.2% en 1999 y de 8.7% en el 2000.

PRINCIPALES INDICADORES	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB per cápita en US \$	-	-	-	2.420	2.038	1.920
Población Económicamente Activa (miles)	16.456	16.292	16.830	17.549	18.290	19.571
Gasto Salud Público / PIB	4.3	5.2	5.3	5.1	5.5	-
Gasto Salud Privado / PIB	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	-
Gasto Salud Total / PIB	7.4	8.8	9.3	9.3	8.6	-
Gasto público como % del PIB	12.40	13.90	13.19	13.19	14.05	12.18
Tasa de Inflación Anual %	19.46	21.63	17,68	16,7	9.23	8.75

Los fondos se administran mediante intermediarios financieros (EPS o ARS) que generan costos ajenos a los servicios de salud. Existen Empresas Sociales del Estado (E.S.E.e IPS), que únicamente se regulan en forma privada. El sistema se basa solamente en el aseguramiento, mediante subsidio a la demanda. Se han producido retrasos de hasta 6 meses en el pago de los servicios.

La participación de la salud en el producto interno bruto (PIB), sin contar el gasto privado de los hogares, pasó de 2,07% en 1990 a 3,18% en 1994 y a 4,71% en 1996. El conjunto del gasto social del Estado como porcentaje del PIB aumentó de 8,59% en 1990, a 10,65% en 1992 y a 15,67 % en 1996.

CHILE



5.1.5.-CHILE

Población : 14.8 Millones

PIB : UD\$73.9

PIB per capita : US\$4,990

% PIB Salud : 7.5

Gasto per capita Salud : US\$374

En este país el sistema de salud está regido por:

Ley 14869. Es un **Régimen Mixto**, con una Cotización obligatoria de salud 7%. Esta constituido por:

FONASA

ISAPRES.

Plan de Salud contempla:

- Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la salud
- Cobertura ambulatoria general con copago depende de su Seguro
- Cobertura de hospitalización (copago según seguro del usuario)
- Medicamentos genéricos gratuitos en atención ambulatoria y co pago en atención hospitalaria.
- Subsidio por incapacidad laboral.

CHILE

Chile es un estado unitario con gobierno democrático. La población estimada es de 15.211.308 hbtes, 85% de la cual vive en áreas urbana. Entre 1989 y 2000 el producto interno bruto (PIB) per capita creció en 66.3%, alcanzando los \$US4603. El sistema de salud es mixto, compuesto de fondo y prestadores públicos y privados.

El sector público de salud se financia principalmente a través de dos fuentes de ingreso: las cotizaciones de los afiliados al FONASA y el aporte fiscal directo. Una tercera fuente menor de financiamiento la constituye el copago

De acuerdo con la Constitución de 1980, la salud es un derecho básico de las personas y el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio del derecho a la protección de la salud y a habitar en un medio ambiente sin contaminación. La norma constitucional consagra un sistema dual de atención de la salud al garantizar que cada persona "tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado

El sistema de salud único estatal de cobertura universal que adoptó Chile en 1952 experimentó importantes transformaciones de 1980 en adelante, en dos sentidos principales: la creación de una instancia gestora de financiamiento de naturaleza privada, esto es, las instituciones de salud previsual (ISAPRE), y el traspaso de los establecimientos de atención primaria a la administración municipal.

El subsector público está constituido por los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud, 28

servicios regionales de salud distribuidos en el país, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimientos y la Superintendencia de las ISAPRE, todos descentralizados. Se pueden incorporar también las instituciones y empresas del Estado que cuentan con unidades asistenciales para su personal.

El proceso de descentralización de los servicios tiene su marco legal en las reformas de 1980. La atención primaria está delegada en los municipios que coordinan sus acciones con los servicios regionales. Uno de los aspectos fundamentales de la reforma sanitaria es la separación de las funciones institucionales. En este sentido, el Ministerio de Salud, históricamente el proveedor básico de servicios de salud en el país, se reserva en forma progresiva un papel rector y regulador; el FONASA cumple funciones de aseguramiento y financiamiento, y los servicios regionales de salud se ocupan de la provisión de servicios.

En el sector privado, el papel asegurador está a cargo de las ISAPRE abiertas y las cerradas que operan en el país. ISAPRE cuentan con servicios ambulatorios especialmente para atención primaria, pero en general no para atención hospitalaria. De 35,3% de la población que declara atenderse en el sector privado de salud 23,7% está cubierto por las ISAPRE, 2,7% por los sistemas de las Fuerzas Armadas, 0,9% por otros sistemas y 8,0% declara atenderse con recursos particulares.

Las acciones de prevención y control se realizan en los servicios primarios municipalizados y en los servicios regionales de salud.

El 100% de la población con servicios de agua recibe agua clorada.

Desde los años veinte, en Chile se realiza un conjunto de actividades relacionadas con la complementación alimentaria a través del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). En 1994, el PNAC representaba 9,1 % del gasto público en salud.

Chile se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica.

La esperanza de vida a aumentado y se proyecta para el año 2010-2020 una esperanza de vida de 77,3 años

CUADRO N°11

Indicadores básicos de salud. Chile 1994-2000.

Indicadores	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Tasa bruta de natalidad (por 1.000 hab)*	20,6	19,7	19,3	18,7	18,3	18,3	17,6
Tasa global de fecundidad * *	2,5	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Tasa bruta de mortalidad (por 1.000 hab) *	5,4	5,5	5,5	5,4	5,4	5,6	5,7
Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nv) *	2,5	3,1	2,3	2,2	2,0	2,3	ND
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nv)*	12	11,1	11,1	10	10,3	10,1	10,3

Fuente(s): *Departamento de Estadísticas e Informática. Ministerio de Salud de Chile.**Estimaciones CELADE para quinquenio 1990-95 y 1995-2000

CUADRO N°12.

Gasto público total, gasto público social y gasto público en salud, como porcentajes del PNB. Chile 1991-1999 (años seleccionados)

Indicador	1991	1995	1997	1998	1999
PNB per cápita (USD)	3.613	4.612	4.886	4.957	4.492
Gasto Público Total (% PNB)	21,7	20,3	21,9	23,2	24,5
Gasto Público Social (% PNB)	13,1	13,3	14,4	15,3	16,6
Gasto Público en Salud (% PNB)	2,2	2,4	2,6	2,7	2,8

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación: www.mideplan.cl

CUADRO N° 13**Gasto Público en Salud, 1990 – 2000**

Indicador	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Gasto público nacional en salud per cap *	45.810	55.758	67.041	77.176	87.282	91.471	98.956	103.931	108.738	110.764	110.217
Gasto público total en salud **	445.687	524.905	613.624	687.869	758.221	790.037	858.208	909.711	984.081	1.014.263	1.099.109
Gasto público social total **	2.921.649	3.189.851	3.522.841	3.861.614	4.097.742	4.395.121	4.820.014	5.088.343	5.474.705	5.901.305	6.260.730
% de Gasto público en salud sobre gasto público social **	15,3	16,5	17,4	17,8	18,5	18,0	17,8	17,9	18,0	17,2	17,6

Fuente: Elaborado por el Ministerio de Planificación y Cooperación (www.mideplan.cl/estudios/gastosalu.pdf) a partir de información del Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud. * En pesos (Ch \$) de 2000. ** En MM Ch \$ de 2000.

La utilización del gasto público en salud es la siguiente: 59,6% para la modalidad institucional, 13,8% para la modalidad de libre elección, 6,4% para programas de salud pública, 5,7% para subsidios de incapacidad laboral, y 14,5% para otros gastos. Dentro de la modalidad institucional (tabla 8), 16,2% del gasto el año 2000 corresponde a atención primaria y el resto a atención secundaria y terciaria.

5.2.- Clasificación Sistemas de Salud

	MINISTERIO DE SALUD	SEGURIDAD SOCIAL	SEGURO PRIVADO	PARTICULAR
FINANCIAMIENTO	IMPUESTOS GENERALES	IMPUESTOS DE SUELDOS	PRE PAGOS CO PAGOS	BOLSILLO
SEPARACIÓN DE FUNCIONES	NO	NO	SI	
CONTROL DE COSTOS	BAJO	INTERMEDIO	ALTO	NO
MECANISMOS DE PAGO	SEGUN OFERTA	SEGUN OFERTA	VARIABLES	POR SERVICIOS
COBERTURA	UNIVERSAL	AFILIACION	CAPACIDAD DE PAGO	CAPACIDAD DE PAGO
RACIONAMIENTO	CALIDAD	EXCLUSION	PRECIO	PRECIO

SERVICIO NACIONAL DE SALUD: integración vertical entre financiamiento (impuesto generales) - aseguramiento - provisión; cobertura universal.

SEGURO SOCIAL DE SALUD: separación entre financiamiento (contribuciones basadas en el empleo formal) y provisión (contratos de servicios); cobertura limitada a los contribuyentes; aseguramiento obligatorio para trabajadores formales (Alemania)

SEGMENTADA: Múltiples financiadores (públicos y privados), aseguradores y proveedores; aseguramiento voluntario; coberturas diferenciadas según contrato y prima (EEUU)

5.3.-GASTO EN SALUD

PAISES	POBLACIÓN (millones)	PIB PER CAPITA	% PIB SALUD	GASTO PER CAPITA SALUD
ESTADOS UNIDOS	274	29.240	13.9	4.090
CANADA	34.6	19.170	9.3	2.095
GRAN BRETAÑA	58.6	21.410	6.7	1.347
COLOMBIA	40.8	2.470	7.4	180
CHILE	14.8	4.990	7.5	374

FUENTE: MNUÑEZ PUC

La tabla anterior muestra que el monto per capita a Salud no es sinónimo de lograr los mejores indicadores biomédicos, ejemplo Canadá quien posee un per capita 30% menos que Estados Unidos y cuenta con los mismos Indicadores. Chile con un gasto per cápita muy por debajo de los otros países es el que tiene la tasa de Mortalidad Infantil mas baja del Mundo.

Capítulo VI.-

6.1.-Fuentes de datos utilizadas fueron:

- Bases de datos de indicadores bio demográficos e indicadores biomédicos
- Bibliotecas virtuales
- Encuestas nacionales
- Ministerio de Planificación (tablas y Gráficos)
- Registro de Estadísticas vitales del Instituto nacional de estadística, el Servicio de registro Civil e Identificación y el Ministerio de Salud.
- Anuarios publicados por la CEPAL
- Ministerio de Salud
- Organización Mundial de la Salud

6.2.-MARCO LEGAL

Ley : N°4054 creo la caja de Seguro Obrero

Ley : N°10.383

DL 2.763 : Creación de los Servicios de Salud y FONASA.

DL 3.500 (13/11/80) y DL 3.626 (21/02/81) : Marco de la Reforma Previsional, que da inicio al funcionamiento diversos beneficios previsionales. dejando al Estado –dentro de su rol subsidiario- la función de garantizar un

nivel adecuado de protección a los trabajadores cuyas cotizaciones no alcanzasen a financiar el 100% de lo que se impondría como obligatorio.

DFL N°3 : Creación de las ISAPRES y normativa de funcionamiento.

Ley N°18.469 : Reestructuración de las bases del Sistema de Salud; establecimiento de un sistema único de cotizaciones obligatorias y un sistema de naturaleza redistributiva para las prestaciones otorgadas a través del sistema estatal.

Ley N°18.933 : Nueva normativa para el otorgamiento de prestaciones de salud; creación de la Superintendencia de ISAPRES.

6.4.- CONCLUSIONES

- Los sistemas de Protección Social son elementos relevantes en la estabilidad social de un país.
- El Estado debe ser capaz de identificar, definir y priorizar el/los rol(es) que le corresponden en el sector Salud, de acuerdo a sus reales capacidades técnicas y económicas, a la realidad epidemiológica del país y a otros actores en juego.
- Los países analizados presentan problemas similares que resaltan:
 - inequidad,
 - exclusión y
 - segmentación por ingreso.
- Los problemas de salud de Chile y de todos los países son multifactoriales: La salud es una condición que traspasa a los servicios de salud, es parte del resultado conjunto de una sociedad en desarrollo.
- La inequidad de las zonas rurales o marginales se observa en todos los países. La falta de cobertura de los más pobres, de los trabajadores del sector informal y de los trabajadores del campo ha tendido a agravarse. La universalidad de los sistemas de seguridad social, en el sentido de la amplia cobertura de la población, se ha visto deteriorada.

- La experiencia muestra que no hay un modelo universal y los países han adoptado diferentes combinaciones de participación pública, pública y privada o privadas en la implantación de sus reformas.
- Las reformas deben aspirar a lograr mayores niveles de eficiencia mediante la introducción de instrumentos de mercado, sin que estos afecten negativamente al componente solidario en el ámbito del financiamiento.
- El Estado debe ejercer un papel regulador y de garante de beneficios básicos a grupos que, por su condición socioeconómica, no logran ciertos niveles mínimos de aporte.
- Algunas reformas introdujeron diversas modalidades de seguros de riesgo. En esos casos, sobre la base de la probabilidad de la ocurrencia de un evento en un grupo de asegurados, las reglas de contribución fijan las cotizaciones de acuerdo con indicadores de riesgo individuales o colectivos.
- Las diferentes combinaciones de la composición pública-privada han generado distintas reglas y mecanismos de afiliación que, unidos a débiles esquemas reguladores, han potenciado, entre otros, problemas de abuso de las garantías estatales, prácticas por parte de las aseguradoras privadas para seleccionar riesgos, como la selección adversa y la exclusión, e incentivos para evitar el pago de las cotizaciones (evasión o elusión).

- La estructura demográfica y epidemiológica afecta a la viabilidad de las reformas de la seguridad social. Se observa una tendencia al envejecimiento de la población que hace prever aumentos significativos de los costos y de la demanda de servicios de salud.
- Los sistemas de seguridad social deben reformarse para enfrentar un triple desafío: a) promover su universalidad, a través de incrementos de la cobertura y mediante la superación de las exclusiones, b) introducir un mayor grado de solidaridad en el financiamiento de los beneficios, con el fin de contrarrestar las inequidades que surgen de las modalidades actualmente en aplicación, y c) mejorar los mecanismos de asignación y gestión de recursos mediante el diseño de una nueva composición pública-privada.
- Al definir los aportes en función de los riesgos y no de los ingresos, este tipo de esquema contributivo no contempla el componente de solidaridad presente en los fondos públicos de carácter social.
- La experiencia señala que una mala combinación pública y privada tiene efectos negativos sobre la equidad y la eficiencia.
- Sin embargo, los diversos logros en materia sanitaria y su expectante posicionamiento en los ranking de desarrollo humano presenta una baja figuración en lo que se refiere a equidad en su sistema de atención de salud, reflejada tanto en la carga financiera que presenta para las familias chilenas, como también en la enorme desigualdad en

la calidad y oportunidad de respuesta que el sistema ofrece a sus habitante: según quien eres, donde vives, o cuanto ganas.

- Tradicionalmente, los sistemas de seguridad social en los países de América Latina han estado bajo la responsabilidad casi exclusiva del sector público.
- La reforma de salud en Colombia: “Se paso de la caridad al negocio sin pasar por el derecho” (Mayo 2000 Bogotá Colombia) refiere un autor experto en salud (Currea-Lugo,V.). Esto último queda de manifiesto al sintetizar los distintos aspectos de la privatización de los Hospitales y en sentido general, en los fundamentos ideológicos de la Reforma, al dar importancia a Entes aseguradores y Prestadores con fines de lucro y que controlan una enorme cantidad de recursos solventados por el Estado Colombiano
- Por ultimo, cabe señalar que el mayor aporte per capita a salud no es sinónimo de mejor salud , lo cual se demuestra en los Indicadores Biomédicos. Los sistemas de Salud difieren de un país a otro y los modelos deben realizarse de acuerdo a sus realidades, considerando básicamente el principio que **LA SALUD ES UN DERECHO**.

6.5.-BIBLIOGRAFÍA

Aedo, C., 1994, "Sector salud en Chile: un gran desafío", en Chile hacia el 2000, editado por Felipe Larraín B., Centro de Estudios Públicos.

Aedo, C., R. Bergoeing, y E. Saavedra, 1998, "El Sistema de Seguridad Social Chileno:

Fischer, R. y P. Serra, 1996, "Análisis Económico del Sistema de Seguros de Salud en Chile", Revista de Análisis Económico, 11.

FONASA, Boletín Estadístico, varios números.

Giaconi, J, 1994, "Proyecciones de las reformas introducidas en el sector salud por el Gobierno de las Fuerzas Armadas (1973-1990)", en La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas, editado por Ernesto Miranda, editor, Centro de Estudios Públicos.

Jimenez, J. y T.J. Bossert, 1995, "Chile's Health Sector Reform: lessons from four reform periods", en Health Sector Reform in Developing Countries, editado por P. Berman, Harvard University Press.

Loyola, V. y M. Vergara, 1994, "Evolución Histórica del Sistema de Salud", en La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas, editado por Ernesto Miranda, editor, Centro de Estudios Públicos.

Ministerio de Salud, 1998, Boletines Estadísticos.

Miranda, E., 1994, "Descentralización y Privatización del Sistema de Salud de Chileno", en La Salud en Chile, Evolución y Perspectivas, editado por Ernesto Miranda, editor, Centro de Estudios Públicos.

Pontificia Universidad Católica de Chile, 1998, Boletines del Programa de Economía de la Salud. Junio y Octubre.

Superintendencia de ISAPRE, 1998, Series Estadísticas del Sistema ISAPRE 1981-1997.

TASC No. 78, 1997, "Reformas Previsionales: Subsidiio a la salud privada y costos de AFP", Programa de Postgrado en Economía ILADES/Georgetown University.

TASC No. 83, 1998, "Perfeccionamiento del Sector Salud y la Derogación del Subsidio del 2%", Programa de Postgrado en Economía ILADES/Georgetown University. Torche, A. y Sapelli, C., 1997 "¿FONASA para pobres, ISAPRE para ricos?, Un estudio de los determinantes de la elección entre seguro público y privado", mimeo,

Jiménez de la Jara, J. Profesor Adjunto Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile, Junio 2002

Núñez, M. Médico ex director del Serv. Salud Metropolitano Norte

Leiva, H. Médico. Magíster en Salud Pública y Master en Dirección General de Empresa, Reforma de Salud 2003

Universidad de Chile, 1998, "Evaluación del Proceso de Reforma del Sector Público Chileno: una Experiencia de 20 años", Instituto de Economía-PIAS.

La reforma de la salud en América Latina: ¿Qué camino seguir? (La experiencia chilena). Dr. Reinaldo Bustos

D. Bioestadística para carreras del área de la salud. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile.

Historia Social de la Salud Pública. Chile 1880 – 1973. M. Angélica Illanes.

MPH Harvard,

Objetivos Sanitarios, 2000-2010. MINSAL