

SISTEMAS DE SALUD COMPARADOS

Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90

Por Lic. Susan López

Material para la materia Medicina Social FTS-UNLP- 2005

En: <http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml>

INTRODUCCION

El objetivo del presente trabajo es presentar un recorrido histórico sobre los sistemas de salud más típicos, aquellos estructurados principalmente en un sistema estatal- público, los basados en la Seguridad Social y los Privados. Aunque se puede realizar una clasificación es base a estos tres modelos, en la realidad estos no funcionan ni se organizan en base a estructuras rígidas sino como resultado de políticas aplicadas según los contextos históricos-ideológicos, económicos y sociales de cada país. Por esta razón encontramos que la mayoría de los países sostienen modelos mixtos.

La contextualización histórica es central a la hora de analizar el cómo y por qué han surgido los sistemas de salud de cada país. Cabe destacar que además los paradigmas de épocas y la situación histórica social ha sido y es un determinante claro en los modelos de los sistemas de salud. Por esta razón, se considera importante realizar un apartado sobre las reformas en la décadas de los '90.

I.- ANTECEDENTES HISTORICOS

La organización social de los servicios de salud, ha sido una tendencia desde tiempos remotos. La forma que estas organizaciones han adoptado dependió del contexto social, político y económico de cada país en los distintos momentos históricos.

Sin embargo, se pueden encontrar algunas características en común:

- La búsqueda de apoyos económico para los servicios de salud;
- La prestación racionalizada de los mismos para algunos grupos o problemas de enfermedad.

Cabe destacar que el *ambiente político general es el determinante de las formas que tome el sistema de salud.*

Ya en las primeras sociedades se encuentran acciones de conciencia colectivas respecto a la necesidad de servicios de salud. Los brujos y chamanes tenían la obligación de expulsar los malos espíritus de sus comunidades. En la antigua Babilonia se crearon códigos legales para la práctica de la cirugía, los hebreos formularon leyes de dietética. Las ciudades-estado de Grecia clásica nombraban médicos para servir a los pobres (puestos codiciados por la remuneración y el prestigio). En la Roma antigua había médicos que atendían a las familias de terratenientes y a veces a sus esclavos.

En la Europa del Medioevo, el poder más organizado era el de la Iglesia, así los monasterios eran los reductos del conocimiento médico. En tanto que las propiedades feudales tenían curanderos al servicio del señor y su familia.

A partir del Renacimiento, el auge de las universidades -formación de médicos metódicamente- y el desarrollo de las ciudades, los médicos se apartaron de los castillos feudales y se trasladaron a las ciudades como médicos "libres".

Con el crecimiento de las ciudades y el desarrollo de las clases de jornaleros y artesanos, se comenzaron a conformar los gremios, entre sus funciones estaban la ayuda colectiva a los enfermos. De este modo en Europa Occidental del siglo XIX aparece el “seguro voluntario de enfermedad”¹

Con la creciente industrialización de los países de Europa Occidental, la clase obrera comenzó a organizarse. Los principios socialista y la doctrina social fueron un paradigma de época para esa región del mundo. Por ejemplo, se describió la condición de los pobres en Londres y el Parlamento Inglés promulgó las primera leyes de higiene pública en 1848, motivado además por reducir las epidemias. Además, en esa época Engels había descrito las condiciones de la clase obrera en el capitalismo en su libro “La situación de la Clase Obrera en Inglaterra”. Pocos años después algo similar ocurrió en Alemania y Francia.

En la **Rusia** zarista, en 1865 con la abolición de la servidumbre feudal, se estableció un sistema de medicina estatal en los distritos rurales (zemstvo), y de ese modo gran parte de la población campesina recibió atención médica como beneficio público.

En **Alemania**, se había desarrollado, ya para 1818 un sistema similar al de Rusia, probablemente el primero con este tipo de organización que llevó adelante el ducado de Nassau, duró hasta 1861 cuando Nassau pasó a Prusia. Otro modelo que marcará un hito importante fue entre 1883 y 1889,, cuando los socialdemócratas se imponían a los conservadores con fuerza, para contrarrestar esta situación, el primer ministro Otto Bismark (conservador), introdujo la primer ley de seguro obligatorio para compensar la incapacidad y los gastos de atención médica. Se creó las Krankenkassen o cajas colectivas, voluntarias para los obreros de ingresos bajos, mientras que los de ingresos elevados estaban exentos.

Inglaterra ingresó a un sistema similar en 1911, con el liberal Lloyd George. Este sistema tenía limitaciones, no cubría especialista, ni hospitalización, ni cuidado bucal, sólo financiaba medicina general de practicantes y medicamentos.

En general, la mayoría de los países incorporaron cajas compensatorias de seguro de desempleo y subsidios familiares después de 1910.

En otras regiones del mundo, como Asia y Africa, se incorporó medicina colonial destinada a proteger a colonos europeos y fuerzas militares. Había hospitales y dispensarios ubicados estratégicamente, predominaban los servicios de beneficencia.

Antes del siglo XX los gobiernos asumían la responsabilidad de algunas enfermedades, estas de índole grave y crónicas que ponían en peligro a toda la comunidad, por el ejemplo es el caso de la Tuberculosis e incluso las enfermedades mentales.

En **EE.UU**, todo sucedió más rápido, el primer hospital para pobre data de 1750 en Filadelfia. Después de 1800, en las principales ciudades se organizaron juntas de higiene pública para hacer frente a situaciones de emergencia.

De este modo, cuando se desata la Primer Guerra Mundial ya existían servicios de salud organizados en gran parte del mundo, no obstante era *considerado más una cuestión personal que una responsabilidad social*.

Es recién después de la Primer Guerra Mundial, que la idea de responsabilidad social comienza a tomar fuerza, muchos países aprueban leyes para la ampliación de la seguridad social.

La **Revolución Rusa**, marco un hito importante, con ella se creó el Sistema Soviético de Servicios de Salud, con servicios gratuitos –tanto en lo preventivo como en lo curativo. Todo el personal

¹ Roemer, Milton. 1980. "Perspectiva mundial...."

del sistema, tanto médicos como demás personal sanitario se convirtieron en empleados del Estado. Y los hospitales y otros establecimientos médicos pasaron a ser propiedad del gobierno y dirigidos por él.

Una consecuencia directa de la Primera Guerra Mundial, fue el desarrollo alcanzado por la medicina militar, a partir de entonces en la mayoría de los países aumentó el conocimiento en medicina y esto condujo a la mayor especialización.

Excepto en EE.UU y Canadá, donde el hospital local “voluntario” era la forma predominante, el hospital general fue objeto de un mayor control público. Además se separó a los médicos generales de los especialistas, en algunos lugares, como países escandinavos, Gran Bretaña, Nueva Zelanda, México e India eran con sueldos a tiempo completo, mientras en Alemania y Francia este personal era pequeño y selecto.

En **EE.UU.** en general los hospitales eran talleres médicos privados y cobraban honorarios particulares por sus servicios a los enfermos. La existencia de consultorios privados de los especialistas creó la base de la Clínica Médica de Grupo, este fenómeno empezó con los hermanos Mayo, en Minnesota, en 1887.

La Gran Depresión de los treinta, influyó significativamente en el desarrollo de la organización de los servicios de salud.

En el transcurso de la Segunda Guerra Mundial se gestó el famoso Informe Beveridge (Beveridge Report), aunque se puso en marcha recién en 1948, en el gobierno laborista. Es importante resaltar que, tanto William Beveridge, como Lloyd George y Otto Bismarck eran todos conservadores.

El **Servicio Nacional de Salud Británico** dispuso un servicio de salud total, curativo y preventivo para todo residente en las Islas Británicas, la mayoría de los hospitales quedaron bajo la órbita del gobierno y todos los especialistas de los hospitales recibieron un sueldo. Se siguió conservando la práctica privada de consultorio que se fue modificando con la creación de Centros de Salud Vecinales.

En general todos los países europeos fueron modificando sus sistemas de seguridad social. El país que más tarde introdujo modificaciones fue Suecia. Esto se debió a que al no haber entrado en Guerra la presión de los médicos fue más fuerte que las demandas públicas de servicios de salud, por esa razón se fue retrasando hasta 1955 que entró en vigor la ley que aseguraba la atención para el 100% de la Población, Luego, en 1957 algo similar ocurrió en Noruega.

En **Europa Oriental**, como el caso de Polonia, Hungría, Bulgaria, Rumania, Albania y Yugoslavia, cuando pasaron a formar parte de la órbita de la URSS impulsaron un sistema similar al de la Unión Soviética, hasta donde permitieran los recursos. Yugoslavia después de haber roto las relaciones con el resto de Europa oriental, siguió sosteniendo el modelo de salud. Checoslovaquia cuando pasó a ser dirigido por comunistas asumió un modelo similar.

Canadá, obtuvo su seguro obligatorio recién en 1944, aunque hay antecedentes desde 1919, pero muchas posposiciones.

En tanto que los países subdesarrollados de Asia y África dieron sus primeros pasos hacia la organización social de servicios de salud en los años de la posguerra.

En **Israel**, estado creado en 1948, implementó un sistema de salud dirigido por el Ministro de Salud y la Federación Judía del Trabajo.

En **Japón**, ocupado, padeció una fuerte influencia norteamericana, un sistema voluntario, con opción local. Se construyó una red de centros de salud siguiendo la pauta norteamericana de limitación a lo preventivo.

En tanto que en **China**, con la Revolución que llevó a un gobierno comunista al poder en 1949, avanzó hacia un servicio de salud socializado.

En **América Latina** la mayoría de los países después de 1945 avanzaron hacia los sistemas de seguro. El primer sistema de seguro obligatorio lo tuvo Chile en 1952.

En síntesis, se puede sostener que después de la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de los países avanzaron hacia sistema de organización de los servicios de salud. En los países que participaron de la guerra se vieron obligados a dar respuestas para los inválidos y veteranos de guerra, además otros problemas aparecieron en el tapete las enfermedades invalidantes, crónicas y la vejez comenzaron a ser parte de las agendas de los gobiernos.

La **hospitalización** de enfermedades crónicas y agudas comenzaron a aumentar a escala mundial, en detrimento de la atención en consultorios y visitas domiciliarias, esto marcó en aumento de la construcción de hospitales y que, además, por ser caros en construcción y mantenimiento, en general pertenecían a la esfera oficial. Como consecuencia de esto comenzó la regionalización, dada la necesidad de acercar los servicios a la población rural y abarcar todas las regiones geográficas.

La **regionalización** vino de la mano de la planificación y sistematización general del servicio sanitario y el crecimiento de los centros de salud fue un hecho sin retorno para proveer medicina preventiva y curativa a las regiones rurales. La clínica móvil, también se comenzó a utilizar en regiones africanas y en latinoamericanas para dar servicios con menor recursos humanos.

Por último, cabe destacar que, “ *la salud no es de ninguna manera el objetivo más elevado de ningún sistema social, ya sea capitalista-democrático, feudal-agrícola socialista estatal.*”²

II.- LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD

¿Cuáles son los modelos de sistemas que existen?

En general, los podemos clasificar por fuente de financiación, cobertura y tipo de prestación, aunque siempre coexisten otras formas.

Se reconocen tres modelos de sistemas de salud:

1) Modelo Universalista:

Cobertura universal
Financiamiento público a través de impuestos
Provisión pública de servicios a través de hospitales y médicos asalariados (Gran Bretaña, Cuba, Canadá, etc)

2) Modelo de seguro social (seguridad social o mixto):

Cobertura por pertenencia laboral, nivel de ingreso y residencia, Financiamiento público a través de un seguro social
Provisión de servicios público y privada o sólo privada, es el caso de Alemania, Holanda, Francia, Argentina.

3) Modelo privado:

² Ibid, pág.35

Cobertura restringida,
Financiamiento privado a través de prepagos
Provisión privada de servicios privada. Es el caso de EE.UU y actualmente las ISAPRES de Chile

Los modelos de salud presentan diferentes formas, una de las maneras de clasificarlos es mediante su financiamiento, su forma de prestación y las formas de pago a los prestadores. En la mayoría de los países hay una mezcla de financiamiento pago de prestación y tipo prestación.

Diferentes autores realizan clasificaciones para distinguir los subsistemas basados en las fuentes de financiamientos prestación y formas de pago, Por ejemplo, Evans³ considera dos tipos básicos de financiamiento:

➤ **Público (obligatorio)**

➤ **Privado (voluntario)**

Además considera 4 formas de pago a prestadores:

Pago directo de bolsillo por parte del consumidor del seguro
Pago directo de bolsillo por parte de los consumidores sin seguro
Pago indirecto por un tercer pagador mediante contratos
Pago indirecto por un tercer pagador bajo la modalidad de presupuesto o de salarios dentro de organizaciones integradas.

Para Milton Roemer⁴, los modos de conseguir el dinero para financiar los servicios están relacionado con las formas de administración de esos servicios. presenta 6 formas:

- **Pago personal:** Erogación con recursos personales para la adquisición de servicios privados. En muchos países se paga parcial o totalmente la atención ambulatoria, odontológica y medicamentos. Cuando es parcial, la otra parte es cubierta por seguros voluntarios, seguridad social o fondos públicos.
- **Caridad:** Ya casi inexistente, aunque tuvo su apogeo en la época preindustrial. Se mantenían por donaciones o legados, aunque en los siglos XVIII y XIX ya contaban con subsidio público. En América Latina fue impulsado por los españoles y portugueses de la mano de la Iglesia católica. El concepto predominante era el socorro piadoso a los pobres, más que lo preventivo.
- **Industria:** Prestación de servicio a expensas de las ganancias de las empresas Es la provisión de servicios sanitarios mínimos a los trabajadores de las mismas.. Se desarrollaron en los países más industrializados, pero no fue un modelo muy extendido.
- **Seguro voluntario:** Es uno de los modelos más importantes de financiamiento en Europa entre los siglos XVIII y XIX. Surgen como fondos de enfermedad, sociedades de amigos y asociaciones de beneficios mutuos, sobre una base ocupacional o geográfica, para pagar gasto de atención médica extrahospitalarios. Estos son los antecedentes del seguro social o seguridad social. Con el tiempo en la mayoría de los países de Europa los seguros voluntarios fueron integrados a la seguridad social.
- **Seguro Social o seguridad social:** Seguridad que exige la ley para prestar determinados servicios a ciertos beneficiarios. En general comenzó con la cobertura de los empleados industriales y luego se extendió a todos los trabajadores

³ Díaz-Muñoz y col, 1994, pág.4

⁴ Idem, Roemer, (1980) capítulo 2

- **Fondos públicos:** ayuda mediante impuestos sobre venta, beneficios, etc, implementado por la autoridad local, provincial o nacional. No restringe los servicios a los contribuyentes. Hay tres formas. 1) Con antecedentes de financiamiento de seguro social pasaron a fondos públicos, caso Gran Bretaña, Chile y Nueva Zelandia. 2) Otro grupo cubre a partir de centros de salud y hospitales de gobierno la mayor parte de la atención aunque coexista alguna forma de seguro social, Asia y Africa. 3) el último grupo es los que cubren al 100% todas las prestaciones con fondos públicos. Caso URSS y con algunas modificaciones Checoslovaquia, Hungría, Polonia, Yugoslavia y Cuba.

Para Milton Terris, hacia 1980 decía que existían tres modelos de sistema de atención médica:

El de **asistencia pública**, que predominaba en Asia, Africa y Latinoamérica, representaba alrededor del 49% de la población mundial. En estos países predominaba una economía, precapitalista, principalmente agrícola.

La atención médica disponible para la mayoría de la población era provista por un sistema de asistencia pública, destinada a indigentes con hospitales y centros de salud, financiados por impuestos generales. El sistema en general estaba subfinanciado, los salarios a los médicos eran bajos.

Además, la existencia de este modelo predominante, no excluía la posibilidad de otros programas para trabajadores organizados por las agencias de la seguridad social, en general estos cubrían a una población muy chica.

El **Seguro de salud**. Predominaba en Europa Occidental y Norteamérica, representaba alrededor del 18% de la población mundial. En estos países predominaba la economía capitalita.

Hay muchas diferencias entre los seguros, los hay gubernamentales y no-gubernamentales.

En general el seguro está limitado a las personas empleadas, y se financia con contribuciones de empleados, empleadores y fondos gubernamentales.

La extensión de los servicios se basa en pagos por honorarios a profesionales o establecimientos de salud que se hayan contratados.

El **Servicio Nacional de Salud**, predomina en países socialistas y alcanzaba el 33% de la población mundial. Es de cobertura universal, se financia con fondos públicos y en el caso de Alemania las contribuciones de los empleados alcanzan un 25% del total de los fondos. La mayoría de los médicos son asalariados. En los países socialistas la administración está a cargo de los departamento de salud de os distintos niveles jurisdiccionales. Hay dos características centrales en este sistema, primero el énfasis puesto en la atención ambulatorio y por en segundo lugar la sectorización, unidad básica del servicio de salud, que tiene un equipo de salud compuesto por: dos médicos generales, un pediatra un obstetra-ginecólogo, un gastroenterólogo y un dentista, enfermeras para adultos y atención materno-infantil.

Hay dos casos intermedios entre el seguro de salud y un servicio nacional de salud caso Reino Unido y Suecia.

III.- EL SISTEMA DE SALUD DEL REINO UNIDO

III.1 Historia del sistema de salud.

Los orígenes de la atención de salud planificada se encuentran en la Iglesia en la edad media.

En el siglo XIX con la migración a las ciudades producida por la Revolución Industrial, aparece la cuestión de las condiciones del medio y la salubridad pública. Los médicos eran escasos y sólo atendían a quienes podían pagar.

Algunos empleadores y trabajadores crearon "asociaciones de enfermos" uno de los primeros sistemas de seguro prepago del mundo. No había cobertura familiar.

En 1911 se dicta la Ley Nacional del Seguro de Salud por la cual todos los trabajadores de bajos salarios estaban cubiertos, con aporte de ellos y sus empleadores. Los generalistas contratados confeccionaban su lista de pacientes por quienes cobraban una cápita anual. No había aún cobertura familiar.

En 1942, aparecen de la mano de Sir William Beveridge, el “Plan Beveridge”, los lineamientos de un amplio sistema nacional con cobertura para toda la población en todos los niveles de atención. El 5 de julio de 1948 los laboristas a pesar de las presiones de las corporaciones médicas crearon el Servicio Nacional de Salud.-

Las características centrales de este sistema eran:

- 1) Sistema de atención primaria provista por médicos generalistas y clínicas de atención ambulatoria.
- 2) Contención de costos, por su posición monopólica –único comprador de servicios médicos y enfermería y varios tipos de medicamentos-,
- 3) Su sistema de control financiero centralizado

Consejos ejecutivos:

Este nuevo plan llevó adelante la creación de una red de consejos ejecutivos, que tenían como antecedentes las comisiones de seguridad que operaban desde 1911, ahora se integraban en red y ampliaban las coberturas. Estos consejos administraban la atención ambulatoria y era quien le pagaba las cápitaa los generalistas, que en sus inicios atendían a 3500 personas y luego bajaron a 2.200 en promedio. (Roemer, 1980).

También de estos consejos dependían los odontólogos, pero estos recibían el pago según el servicio prestado, y no todos los procedimientos estaban cubiertos.

Otra cuestión eran los medicamentos, se le pagaba al farmacéutico, calculados según fórmula, el Servicio Nacional lo cubría por completo. Pero en 1952, impusieron un copago, y a partir de 1960 aumentaron las restricciones, el ministerio confeccionó una lista de recomendados.

Juntas regionales de hospitales

El otro pilar fundamental del NHS era la red de juntas regionales de hospitales, 15 en total, también provenían de las antiguas comisiones de seguridad

Tanto los hospitales públicos, como los voluntarios, tenían grandes dificultades, así que cuando, en 1948 se hizo cargo de todos, menos de los religiosos, no hubo objeciones, es decir, se nacionalizaron los hospitales, así 2700 establecimientos con 480.000 camas alcanzaron la estabilidad financiera.

Las regiones hospitalarias se proyectaron para 3 millones de personas con alrededor de 30.000 camas de hospital de todo tipo. Para la administración de los hospitales, las juntas regionales de Hospitales nombraban comisiones de gestión de hospitales, responsables de hospitales de 1000 a 2000 camas. Los fondos los entregaba el gobierno central a las Juntas y estas a las comisiones gestoras.

La red de autoridades sanitarias locales que existían antes de la implementación del Servicio Nacional de Salud, siguieron estando, aunque ya no se hacían cargo de los hospitales, a ellos les quedó la tarea de los servicios preventivos, salud de la madre y el niño, inmunizaciones, etc.

A partir de los años 60 comenzaron los cuestionamientos acerca del aumento en la proporción del PBI. Entre 1958 y 1959 representaba el 3,6% del PBI mientras que para 1968 alcanzaba el 4,6%, es decir, 1 punto en 10 años.

Los problemas que tuvo el sistema fueron la remuneración de los médicos, la demora en la construcción de hospitales y el alza de los costos. Una de las modificaciones propuestas a partir de 1974 fue integrar o fusionar las redes sanitarias locales en otras más amplias zonales. En general se dice que, la idea fue alcanzar mayor eficiencia administrativa, pasaron a una estructura jerárquica e zonales, regionales y nivel central, cuando anteriormente eran tres o cuatro estructuras verticales separadas.

III.2 La reforma

Con la reforma del 90, los hospitales y otros servicios de salud, como los de ambulancias y los comunitarios pudieron elegir voluntariamente constituirse en fideicomisos del SNS, con independencia del control de la autoridad local.

En 1989 se publica "Trabajando por los pacientes", y en abril de 1991, se implementa su propuesta: mantener un sistema de financiación mediante impuestos y cobertura total, mejorar la organización y mecanismos internos de financiamiento creando un mercado interno.

En relación a hospitales de agudos se separa rol de comprador y prestador de servicios. Las autoridades sanitarias distritales pueden actuar como compradores de servicios hospitalarios y contratar con prestadores servicios definidos y costeados.

Los médicos generalistas pueden elegir convertirse en tomadores de fondos (fundholders): adoptan el papel de compradores en nombre de sus pacientes y contratan con los hospitales para la provisión de servicios.

La opción final dentro de ésta dicotomía comprador/prestador, para los hospitales públicos bien administrados, es cambiar de condición, es decir escapar del control de autoridades distritales y convertirse en trust independientes y autoadministrados.

El sistema Nacional de Salud está dirigido por un Comité Ejecutivo de gestión al que se reportan las autoridades sanitarias regionales (14) y los fideicomisos (156).

De las autoridades sanitarias regionales (*) dependen las autoridades sanitarias de distrito, las autoridades de servicios sanitarios familiares y los médicos de cabecera que manejan fondos.

(*) asignan presupuesto a los distritos, supervisan sus actividades, establecen contratos con los médicos y deciden sobre inversión de infraestructura.

Modalidades de pago y financiamiento

El SNS está financiado por impuestos generales (79% del gasto), contribuciones de empleados y empleadores (16%), aranceles cobrados a pacientes y otros gastos (5%).

Para 1989 el 12% del gasto en salud correspondió al gasto privado, dentro de este el 70% fue gasto directo y el 30% correspondió a primas de seguros de salud privados.

Los médicos generalistas perciben una capita anual por paciente aunque también pagos adicionales por prácticas y servicios. Hay tres niveles de capita según la edad de los pacientes.

Los médicos de hospitales son asalariados y también pueden realizar práctica privada por fuera del SNS.

Los médicos de familia que manejan fondos están logrando mejorar la respuesta de los hospitales a las necesidades de sus pacientes. Pareciera que los fideicomisos están mejorando la calidad y eficiencia de los servicios.

A pesar de la universalidad de la cobertura existen marcadas diferencias entre los perfiles de morbimortalidad de las distintas clases sociales.

Gasto en salud

La participación del gasto en salud como proporción del PBI pasó de 4,5% en 1970 a 5,8% en 1980 y 6,6% en 1991.

Este aumento se debió a varias razones, entre las que se pueden mencionar:

- 1) El incremento de los precios relativos de los bienes y servicios de salud, en especial al aumento de las remuneraciones de los profesionales.
- 2) El cambio en la estructura poblacional, el aumento de la población mayor de 74 años, de 3,7% en 1970 a 7,0 en 1991.

Cobertura

Toda la población está cubierta por el SNS, y puede recibir atención total e integral. Alrededor del 80% de los servicios ofrecidos en el marco del SNS son gratuitos

Alrededor del 11% de la población está cubierta por seguros privados

Puntos débiles del sistema:

- variaciones en el rendimiento entre hospitales y médicos de flia.
- escasez o falta de incentivos para estimular la calidad y la eficiencia.
- centralización excesiva con reducción del ámbito para la iniciativa local.
- asignación de un lugar secundario al paciente.

IV.-SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE ALEMANIA

IV.1 Historia del sistema de salud.

Los orígenes del seguro social de Alemania se remontan a la edad media con cajas sociales de los mineros para la ayuda de los trabajadores accidentados.

La creación del sistema de seguridad social creado por Otto Bismarck, en 1883, responde fundamentalmente a reducir los peligros de los movimientos sociales y a contrarrestar la avanzada de los socialdemócratas.

Así el parlamento aprobó la *ley sobre el seguro obrero de enfermedad* que se financiaba con dos tercios de los aportes de los trabajadores y un tercio de los empresarios. El seguro cubría tratamiento médico gratuito, fármacos y subsidio por enfermedad. El sistema contó de sus inicios con una administración autónoma a través de las cajas de seguro de enfermedad.

En 1884 entró en vigencia la primera ley de seguro de accidentes y en 1889 la ley sobre el seguro de vejez e invalidez que incluía a los obreros y a los empleados de bajos ingresos.

En 1911 estos seguros se agruparon, además incorporaron beneficios de pensiones a viudas y huérfanos y se extendió la cobertura por invalidez a todos los empleados.

En 1924 se sancionó la ley de seguro de empleados y en 1927 el seguro de desocupación como rama independiente del seguro social.

En 1938 se aprobó la ley de ayuda y protección a la ancianidad, y además se incorporaron a los artesanos al seguro social y en 1957 los beneficios sociales alcanzaron a los campesinos.

El objetivo de Bismarck era no dejar atado el bienestar de la población a las reglas del mercado. Sostenía que, el bienestar de la población no era resultado automático del crecimiento económico, por lo tanto la distribución debía ser regulada sin limitar la libertad económica, la idea entonces era, minimizar los efectos negativos de la distribución que resulta de la economía de mercado.⁵

Organización y funcionamiento

El gobierno federal es el responsable de la política general y su función es brindar servicios de salud a toda la población.

Cada estado federado aprueba la legislación federal y es responsable de su cumplimiento, pueden adoptar sus propias leyes mientras no estén en contradicción con la federal.

Además tienen como funciones:

- 1) supervisar las cajas de enfermedad (Krankenkasse) y la asociación de médicos,
- 2) administrar sus hospitales,
- 3) definir el nivel de inversión para cada establecimiento de salud acreditados.

Seguro de enfermedad

Desde la segunda guerra mundial hasta 1990 no se han registrado cambios estructurales en los 10 estados de Alemania Federal al sistema diseñado por Bismarck, en los Estados de Alemania Democrática el sistema estaba centralizado con financiamiento y provisión de servicios estatales. Desde la unificación este último sufrió grandes modificaciones.

El seguro social de enfermedad es obligatorio para todos los trabajadores en relación de dependencia que no superen un tope de ingresos, para los trabajadores que ganaban más podían ingresar como voluntarios. De este modo para Alemania Federal el 75% de los trabajadores habían ingresado al seguro en forma obligatoria y el 13 % en forma voluntaria, es decir, el 88% de los trabajadores estaban en el seguro de enfermedad, o sea que el total de beneficiarios era el 88% de la población de Alemania Federal.

La organización del sistema es de carácter mixto, con una estructura legal central y una administración autónoma a través de caja de enfermedad. La prestación de los servicios se realizaban en establecimientos públicos y privados. Las asociaciones de médicos ambulatorios como hospitalarios tenían una participación activa en el diseño y control de sistema.

Las cajas de enfermedad son organizaciones sin fines de lucro controladas por trabajadores y empleadores, que operan de manera descentralizada, la mayoría de estas son de origen local, y había 1.147 en 1990.

⁵ Díaz- Muñoz y col. 1994.

Hay cajas son de origen local, representan el 40% de los trabajadores, de origen federal, diferencia obreros de empleados y representan el 27% de los trabajadores, de origen empresarial, solo para empresas de más de 450 empleados, son el 12% de la fuerza laboral y las gremiales y de mineros representan otro 12%.

En 1990 el 86,2% de la población alemana tenía cobertura de seguro obligatorio o voluntario dentro de las cajas de enfermedad, el 11% contaba con seguros privados con pagos de una prima cuyo monto estaba relacionado con la edad, según cohorte de cinco años. El 2,6% de la población se financiaba con fondos de asistencia social o de entidades de caridad.

Modalidades de pago y financiamiento

Los empleadores y trabajadores financiaban el seguro por partes iguales y el monto dependía del ingreso promedio de los miembros de cada caja, los valores oscilaban entre el 9% y 16% - con un promedio de 12,8% - del salario bruto y financiaban todas las prestaciones.

Además el seguro se extendía a discapacitados, jubilados que antes pertenecían al seguro y a los agricultores.

Las fuentes de financiamiento son impuestos generales (21%), los seguros obligatorios y voluntarios (60%) y seguros privados 7% y el gato directo de las familias el 7%.

Las modalidades de pago pueden ser por presupuestos o por honorarios de prestación, pero la determinación de los precios se fija en función de mantener constante los porcentajes contribución de los asegurados..

Hasta 1960 el pago era por capitación. Para atender a los asegurados los médicos deben estar asociados a al Asociación Regional de Médicos de Atención Ambulatoria. Estas asociaciones son las que les paga a los médicos por las prestaciones brindadas y se liquida cada tres meses.

En 1987 se modificaron los valores relativos a los honorarios médicos, para producir una redistribución, jerarquizando más a los médicos de familia respecto a los médicos especialistas. En tanto que los profesionales que atienden en hospitales, que tienen su propia asociación médica, perciben salarios y la remuneración depende de la especialización y jerarquía.

Cobertura

El criterio global para ser beneficiario del sistema es ser residente de Alemania.

La cobertura es integral y de calidad, combina servicios de alta tecnología con atención homeopática etc.

Gasto en salud

El gasto en salud antes de la unificación era de 1,232 dólares estadounidense y representaba el 8,2% del PBI. El gasto público participaba con el 72 % sobre el total.

Problemas

La unificación trajo aparejado garantizar el principios de equidad para toda la población. Para ello, lo médicos que ejercían en el Este debieron invertir tecnología y adquirir un espacio físico para la atención ambulatoria.

Hay exceso de médicos y escasez de enfermera/os

IV. 2. La reforma

La reforma que se llevó a cabo en 1993, impulsó las siguientes medidas:

- Homogeneizar las contribuciones a las cajas de enfermedad
- Crear un sistema integrado que permita equilibrar financieramente las diferencias de los ingresos de las diferentes cajas, para aplicar la libre elección entre cajas y permitir la competencia.
- Impedir el aumento de las contribuciones al seguro social.
- Aumentar la conciencia de los asegurados para que abonen algún costo generado en su asistencia, copagos por medicamentos y 10 DM por día de internación.
- Ofrecer alguna asistencia básica adaptada al nivel general de ingresos.
- Incrementar la libre elección entre las distintas cajas a igual contribución.

V.- EL SISTEMA DE SALUD DE ESTADOS UNIDOS

V.1 Historia del sistema de salud

Una de las principales características del sistema de salud norteamericano es el limitado papel que desempeña el Estado.

Históricamente a predominado el concepto de salud como un bien individual. Dentro de las obligaciones del estado, al protección sanitaria no está considerada en forma expresa ni en la Constitución federal ni de los gobiernos estatales

La organización estatal tiene antecedentes que datan del año 1798, con la creación del servicio de salud para la Marina, que derivaron en la formación del Servicio de Salud Pública. Y poco a poco avanzó a cuestiones relativas al saneamiento y control de enfermedades transmisibles.

En 1752, Benjamín Franklin había creado el primer hospital, el Pennsylvania Hospital en Filadelfia.

Desde mediados del siglo XVIII a fines del siglo pasado, período filantrópico. Los médicos no estaban en los hospitales, su atención era personalizada, domiciliaria y a personas con capacidad de pago.

A fines del siglo XIX, como en el resto del mundo ingresa la medicina a los hospitales y se profesionaliza. El hospital empieza a tratar pacientes agudos.

Aparece la práctica de grupos de médicos, y es en 1880, cuando la Clínica Mayo a cargo de los hermanos Mayo se convierte en hito de esta tendencia.

En 1920, los problemas con la práctica médica condujeron a una limitación de las responsabilidades en los Servicios de los Departamentos estatales y locales., entonces se definieron 6 puntos básicos de los Departamentos de salud pública:

- 1) Estadísticas vitales
- 2) Laboratorios de salud pública
- 3) Control de enfermedades transmisibles
- 4) Saneamiento ambiental

- 5) Salud materno-infantil
- 6) Educación para la salud

La legislación sobre seguridad social, se introduce en EE.UU. tardíamente con respecto a Europa, es en 1935 cuando se aprobaron las **pensiones** monetarias para trabajadores industriales mayores de 65 años, luego ampliadas a esposas e hijos de trabajadores jubilados y viudas e hijos de trabajadores asegurados.

En 1956 se legisló un **seguro por invalidez**, para aquellos trabajadores que hubieran quedado incapacitados por enfermedad o accidente laboral.

En 1965 se crearon los programas Medicare y Medicaid (para ancianos y para pobres respectivamente)

El sistema de seguridad social cubre aproximadamente el 90% de los trabajadores asalariados que pagan impuestos. La financiación es con aporte iguales de empleadores y trabajadores.

La responsabilidad sobre el cuidado de la salud la comparte el sector público y el sector privado, este último sector cumple un papel central en la provisión de servicios.

El gobierno federal opera de manera directa en el financiamiento de proyectos y administrando programas para determinados segmentos de la población, es el caso del Medicare y del Medicaid, que se financia parcialmente con fondos federales. El que está cubierto por Medicare, suele tener otro seguro complementario, además la cobertura de este fija un monto mínimo, el financiamiento de parte de los gastos de internación después de los 60 días y un pago diario por servicios de enfermería, los servicios médicos no forman parte del seguro, por lo que se paga una prima mensual. por internación a cargo del beneficiario.

Se estima que en EE.UU. el 85 % de la población tiene algún tipo de cobertura. Alrededor del 75% posee algún seguro privado, y el 90% de estos tiene menos de 65 años. Pero cabe destacar que esta es una cobertura diferencial, según grupo de edad, raza y etnia. Para la población menor de 65 años, la forma de acceso más extendida es a través de empleo. Muchas empresas, previo acuerdos con los sindicatos, contratan con aseguradoras privadas para la provisión de cobertura de sus empleados. Así los empleadores proveen el 80% de los seguros privados a los trabajadores, pero esto no es obligatorio y entonces las empresas más pequeñas, de menos de 500 empleados no pueden afrontar los costos de las pólizas, ni sus empleados compartirlas, con lo cual estos trabajadores vienen a engrosar las filas de la población no cubierta que en EE.UU. alcanza el 15%.

Los programas directos del gobiernos, como hospitales de veteranos y públicos locales se financian por impuestos.

Los prestadores privados son financiados por:

- pago directo
- programas con aporte tributario (medicaid)
- seguro social del gobierno (medicare)
- seguros privados

Las contribuciones voluntarias son el principal aporte de los ONGs como American Heart Association, American Cancer Society, etc.

Existen dos clase de seguros privados

1. **Sin fines de lucro:** son compañías en las que el excedente no se reparte entre los socios, sino que vuelve a ellas mediante servicios. (por ejemplo la Blue Croos)
2. **Con fines de lucro:** son compañías comerciales (por ejemplo Metropolitan Life)

Para 1990 los seguros privados cubrían más el 35% de los costos hospitalarios, el 46% e los servicios médicos y el 45% de la atención odontológica

Antes del seguro social Medicare, el gobierno participaba con el 24% del gasto y a partir e los años 70 subió al 40% y prácticamente se mantuvo en ese valor.

Medicare

Para mayores de 65 años.

El Medicare comprende dos tipos de seguros:

- Hospitalario asilos y atención domiciliaria
- Seguro suplementario, que cubre asistencia médica y cuidados ambulatorios hospitalarios.

Medicaid

Para pobres

El Medicaid se financia con fondos federales y estatales de origen tributario.

Cada estado decide a quién se cubre y que tarifas pagan a los prestadores., estas eran bajas y muchos no querían participar. En algunos estados más ricos se implemento una cobertura Medicaid para “indigentes sanitarios” personas con ingresos no tan bajos.

Medicaid solo alcanzaba el 11% del total del gasto de atención médica a las personas

La forma de pago predominante a los prestadores era el **fee for service (pago por servicio)**

Otros profesionales e incluso algunos médicos reciben salarios. También existe el pago por capitación, pero es muy poco frecuente.

En el programa Medicare, se pago a los hospitales por “episodio” (global??) a través de grupos de diagnóstico relacionado (GDR).

La práctica privada individual es la modalidad dominante de organización de los médicos, ha ido en aumento la actividad grupal, los Grupos de Afiliados a Servicios médicos prepagos, las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organizations, HMO), las asociaciones de práctica independiente y el desarrollo más reciente de la “atención de salud administrada” (Maneged Care)

Atención Gerenciada

Las Managed Care Organizations son organizaciones que se crearon en 1973 en la gestión de Nixon, pero se consolidaron en los '80. Son seguros de salud que asumen todos el riesgo financiero por la provisión de los servicios requeridos por una población determinada, a cambio de una suma específica pagada regularmente y en forma anticipada. Son corporaciones cuyo nicho en el mercado de la salud es la intermediación de los recursos entre quienes financian (los propios pacientes, las empresas o el estado) los consumidores y los prestadores. Se involucran con la compra de servicios a diferencia de los seguros tradicionales indemnizatorios o de reembolso.

En la década de los años 80 se puso en el tapete el tema de los costos, que ascendían escaladamente, comenzó de este modo la disputa regulación estatal o mercado, una de las ideas que se impuso fue la del Tercer pagador es quién mejor controla los costos. La otra denominada competencia administrada.

Los Managed care son compradores de servicios en nombre del asegurado. El modelo se basa en el esquema de contención de costos disminuyendo la sobreutilización de los servicios de especialistas a través de la barrera de médicos generalistas en el primer nivel de atención.

Dentro de los Managed Care se distinguen

- 1) los HMOs (Health Maintenance Organizations) Cumple función de asegurador y prestador, con grupo proveedor único
- 2) Las PPOs (Preferred Providers Organizations) las funciones asegurador y prestador están separadas

Una diferencia importante con los Grupos de afiliados a servicios prepagos es que se puede integrar la promoción y protección de la salud en la práctica clínica.

Los problemas del sistema

- *Alto costo.* El gasto en salud alcanza hoy el 14% del PBI
- *Poca cobertura.* (45 millones de personas si cobertura 18% de la población)
- *Muy fragmentado*
- *Asimetría de indicadores* de salud entre población blanca y negra

V.2 Reforma

Había dos propuestas:

- 1) la creación de un Seguro Nacional de Salud con único pagador (estilo Canadiense) otorgando protagonismo al estado, y
- 2) Esquema organizativo basado en la “competencia gerenciada”

Esta última, (Alain Enthoven) se define como una estrategia de compra para obtener los mejores beneficios para consumidores y empleadores, mediante el uso de reglas de competencia. El esquema se basa en promotores (que pueden ser empleadores, organismos gubernamentales o cooperativas) que actúan en nombre de un grupo de suscriptores para estructurar y ajustar el mercado y disminuir los intentos de los aseguradores de evitar la competencia de precios. (Enthoven 1993)⁶.

A través de este modelo se llegaría a la contención de costos, dado que los grandes poderosos promotores operarían a través de las compañías de seguros o las HMO para bajar las primas.

El plan actual se basa en este modelo y apunta a garantizar cobertura a todos los ciudadanos y residentes norteamericanos y contener los costos, además supone un papel central para la industria privada de seguros de salud. Prevé la obligatoriedad de enrolarse en un **plan de salud** cuya contratación es prevista por un intermediario que puede ser “alianza” o “cooperativa de compra”, estas juntan el poder

⁶ Díaz-Muñoz y col. Pág.103

de compra de los consumidores para negociar precios, además en estas no pueden ingresar los prestadores.

Con estas **alianzas regionales** estarían cubiertos todos, menos los indocumentados que los cubre el medicare. Se define un **paquete básico de prestaciones**, a ser revisados periódicamente. Los planes pueden tener copagos. Los que suscriben un plan pueden cambiar una vez por año.

Los planes están organizados por proveedores y aprobados por las Alianzas. No pueden rechazar beneficiarios, tienen un PMO yanqui y funcionan en forma similar a los HMOs.

Los médicos pueden ofrecer sus servicios a más de un plan y cobrarán por cápita, no pudiendo cobrar plus.

Entonces el camino elegido por EE.UU, es establecer una concentración del poder compra por regiones fijando un tope a los gastos, a fin de obligar a los prestadores a competir en términos de costos y calidad.

VI.- EL SISTEMA DE SALUD DE CANADA

VI.1 Historia del Sistema de Salud.

Al igual que muchos países, el fin de la segunda guerra mundial generó muchos esfuerzos de la autoridades para facilitar a la población el acceso a los servicios de salud.

Corresponde a esta época el primer intento de establecer un sistema nacional de salud, el cual fracasó por falta de acuerdos entre el Gobierno Federal y los gobiernos provinciales.

En 1946 surge la primera experiencia como una iniciativa de la provincia de Saskatchewan, con la forma de Programa Universal de Seguro de Hospitalización.

En 1949 adoptaron la experiencia las provincias de Alberta y la Columbia Británica.

En 1957 el parlamento por ley autoriza a la Administración Federal a asumir una parte del costo de los regímenes provinciales para el seguro de hospitalización exigiendo criterios mínimos de accesibilidad y protección.

En 1961, todas las provincias adoptaron un régimen similar, y accedieron a la contribución federal.

En 1968 con la ley de Cuidados médicos, la Administración Federal asume parte de los costos de seguros de enfermedad.

En 1972 todas las provincias y territorios contaron con su propio seguro de enfermedad.

En 1974, se definieron orientaciones en materia de política pública profundizando en los cuatro factores que inciden en la salud: medio ambiente, hábitos de vida, la biología y la atención médica.

En los años '80 el modelo está consolidado, se habían duplicado los servicios y cada grupo comenzaba a defender sus intereses. Al aumentar el número de actores se perdió un poco la visión global. El sistema empieza a mostrar dificultades, las urgencias se congestionan, los equipos envejecen y se vuelven obsoletos y los pacientes comienzan a quejarse.

El gobierno de Québec crea la “Comisión Rochón”, promoviendo la adopción de políticas de salud y bienestar, la regionalización y un enfoque centrado en el ciudadano.

En 1984 la ley de salud reforzó las medidas legislativas sobre los seguros de hospitalización y de enfermedad y definió las normas nacionales para que las provincias accedan a la contribución financiera del gobierno federal.

En los años 90 siguen las reformas que había propuesto Rochón

El Sistema de Salud.

El sistema de salud canadiense tiene un **modelo universalista**, esencialmente de seguro social.

La salud es un bien social que garantiza a toda la población cobertura integral y universal en las prestaciones básicas independientemente de su capacidad de pago.

El Sistema de Salud de Canadá se encuentra organizado a través de niveles diferentes de responsabilidades jurisdiccionales.

Mayoritariamente las municipalidades y los departamentos regionales se ocupan del mejoramiento del medio y la salud pública y asumen la responsabilidad de la provisión de agua potable, tratamiento de desechos, inspección de alimentos, inmunizaciones, campañas de prevención, etc.

Los servicios hospitalarios y médicos está asegurada por los gobiernos provinciales y territoriales. En este sentido, la autoridad provincial se responsabiliza de todos los aspectos referidos a la prestación de atención médica, negociación de los honorarios y salarios de los prestadores, determinación presupuestos de funcionamiento e inversión, definición de normas, etc.

La administración federal, por su parte, a través de su poder de compra, contribuye a nivelar los programas de salud, bienestar social y la prestación de servicios básicos en todo el país. Esta administración, a través del Ministerio de Salud y Bienestar Social financia y administra en forma directa los programas nacionales de protección de la salud y de seguridad del ingreso y contribuye financieramente en una proporción importante en los programas provinciales de Salud y Servicio Sociales. Además elabora los lineamientos y las normas generales, promueve modos de vida saludables y supervisa y controla la calidad de alimentos, medicamentos e instrumental médico.

VI. 2 Reforma

La Ley Nacional de Salud de 1989 establece los siguientes criterios esenciales:

- **Administración Pública:** Los programas deben ser administrados por entidades públicas sin fines de lucro, que son responsables ante el gobierno provincial.
- **Cobertura integral:** los programas deben cubrir todos los servicios esenciales tanto en la atención ambulatoria como en la internación
- **Cobertura universal:** definiendo que el 100% de los asegurados tienen derecho a los servicios de salud asegurados (no incluyen las FFAA canadienses, la Gendarmería Real, los que cumplen condenas en cárceles, los residentes en el país que no alcanzan el periodo de carencia)
- **Transferencia geográfica:** las provincias deben cobrarse entre sí, los servicios prestados a sus residentes fuera de su lugar de residencia.
- **Accesibilidad:** los regímenes provinciales deben evitar los obstáculos en la atención, prever el financiamiento de los servicios de salud y prever la remuneración de todos los servicios de salud asegurados y el pago de los hospitales.

El gobierno Federal contribuye al financiamiento de los seguros con recursos que provienen de rentas generales y que ingresan a rentas generales de las provincias.

Para que ello se realice, el gobierno federal exige a las provincias que le brinden información sobre el financiamiento y operatoria del sistema, que publiciten la contribución federal y que acepten la penalización por facturaciones adicionales, las cuales van a descuento.

Existe un programa federal de nivelación por el cual se transfieren a las provincias mas pobres mayores recursos para que estas puedan alcanzar mejores condiciones de salud de su población.

El sistema de salud contempla la existencia de seguros privados o pago directo en especialidades no cubiertas por el seguro. Por leyes provinciales, se prohíbe que los seguros privados ofrezcan una cobertura que duplique la de los programas públicos, pero pueden competir en el mercado de beneficios complementarios.

Gasto en Salud

Año	Gasto Total	% sobre el PBI	Gasto per Cápita
1990	53.741	9.5	2017,4

Fuente: Sistemas de Salud en Proceso de Reforma. OPS-OMS.1994

Distribución del gasto en salud:

Gasto Público: 70 %:	Gasto Privado: 30 %:
<ul style="list-style-type: none"> • Seguro de Hospitalización • Seguro de Enfermedad • Seguro de medicamentos • Algunos servicios odontológicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Hotelería • Profesionales • Pólizas de seguro privado.

Fuente: Datos de clase. Lic. Alejandra Dubois.

Gasto de Asistencia sanitaria según fuente de financiación.

País	impu. grales	seguro social	pagos directos	seguro privado
Canada	66,3	9,1	19,5	2,5

Fuente: Maxwell 1981 y Ginés Gonzales García 1987. En Economía y Gestión en Salud. Cuaderno N°3 Tomo 1, Materia Políticas y Sistemas de Salud. Fundación Isalud.

Modalidades de financiamiento, pago y control.

Todos los hospitales públicos y la mayoría de los privados obtienen sus ingresos del programa de seguro de salud. Los costos hospitalarios son financiados mediante un presupuesto global basado en cálculos de demanda, producción y población. Si la buena gestión hospitalaria permite ahorro sobre el presupuesto asignado, puede disponer del saldo para nuevas inversiones o proyectos.

El pago de los profesionales en la atención del primer nivel se realiza por acto médico o prestación cuyos valores se establecen a través de un plan de tarifas acordado entre las asociaciones profesionales y el gobierno de cada provincia.

La mayoría de los médicos hospitalarios perciben un salario. Para contener la tendencia al aumento de los costos, se realizan controles a través de estructuras que incluyen el nivel federal, provincial y de comités de profesionales. Los programas de seguros contemplan modelos de atención que permiten auditar el consumo inducido, pudiendo en los casos detectados establecer sanciones, suspensiones de matrícula y descuento de lo facturado en exceso. Un sistema informático compara los datos de la actividad de cada médico con los índices promedio establecidos, detectando las situaciones que caen por fuera de la norma. Todos los niveles de atención son susceptibles de ser auditados. Los alcances del control incluyen la calidad de la atención.

Cuando los canadienses requieren atención médica presentan únicamente su tarjeta de seguro, no pagan por los servicios médicos ni completan trámites administrativos, eligen libremente el médico o

dispensario que prefieren y utilizan los servicios cubiertos según su necesidad. Efectuada las prestaciones el médico envía la factura a la provincia.

Recursos Físicos y Humanos del Sector Salud.

Los médicos de atención primaria representan un 63% del total de médicos; alrededor de 8 de cada 10 médicos de atención primaria son médicos generales o de familia.

VII.- EL SISTEMA DE SALUD DE CHILE

VII.1 Historia del Sistema de Salud.

A principio de siglo los servicios de salud estaban bajo el control de varias instituciones públicas y privadas. A partir de 1824 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo.

En 1948, por ley se constituyó el Colegio de Médicos de Chile que tuvo una gran injerencia en la formulación de políticas de salud.

En la década del cincuenta se estructuró con una fuerte injerencia estatal y de la “inteligentia médica” el Servicio Nacional de Salud (SNS), materializando un modelo sanitario riguroso e integró un conjunto de soluciones dispersas. Este amplió la cobertura de protección de la población a través de una red de asistencia propia.

Entonces, fue en 1952 cuando se sancionó una ley que estableció un seguro obligatorio contra los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Este Servicio Nacional estuvo inspirado en el modelo Inglés, con una doctrina fundamentada en la centralización normativa. La función de este Servicio fue la unificación de los distintos organismos que prestaban servicios de salud.

Es a partir de esto, cuando *el Estado se hizo cargo de la contratación de los recursos para la producción de prestaciones de salud y organizó los mismos bajo su directa administración, construyendo una red de servicios, otorgándole a la población los beneficios de la Seguridad Social en salud.* Este fue una solución para los obreros e indigentes del país.

Hacia fines de la década del 60 se creó el Servicio Médico Nacional (SERMENA), sistema de libre elección orientado para empleados y sus cargas familiares. Este junto al Seguro de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (SATEP) fueron complementos del SNS. El SERMENA no ha tenido mayor trascendencia.

Y es hacia 1973, con la Reforma Administrativa cuando empieza a perfilarse la descentralización del sistema, que continuó y que fue acentuándose en los años subsiguientes.

Es recién para 1980, con la creación del *Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que, esta reforma se concretizó en el área de la salud, el espíritu de ésta reforma era claramente descentralizadora.* El SNSS otorga prestaciones al sistema público, actualmente descentralizado en 27 servicios regionales autónomos, uno de ellos dedicado a la protección del medio ambiente. Es, también, en este período donde el fenómeno de la privatización se hizo creciente.

Junto a la creación del SNSS, se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), es el encargado de la tesorería y de la administración financiera del sistema. De este modo, según la ley el Ministerio tenía la función de la definición de las políticas y la rectoría del sector y el FONASA la función financiera, pero en la realidad esto no se verificó en parte porque la descentralización iba en contrapelo con la naturaleza de la administración militar de la función pública, burocrática y vertical.

Poco tiempo después se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que responden a un modelo de privatización de la seguridad social, incluye sistema previsional y salud.

Por otra parte, y casi en forma simultánea, proceso que duró casi toda la década, se produjo la transferencia progresiva de los establecimientos de atención ambulatoria del nivel primario de atención a la administración municipal.

A principios de los noventa la situación del sector había cambiado significativamente.

La evolución de las ISAPRES había consolidado el desarrollo del subsistema privado de salud, con una cantidad de población importante adscrita a las ISAPRE y alrededor de un 40% de las camas hospitalarias pertenecientes a las clínicas y establecimientos privados. En contrapartida el subsistema público se hallaba deteriorado y con mayor obsolescencia tecnológica y administrativa. Situación que se trató de recuperar basado en el modelo de “quasi mercados” del National Health Service del Reino Unido.

VII.2 El modelo de salud chileno hoy

*Actualmente, este modelo de salud puede caracterizarse como un **sistema dual o mixto** porque se compone de un subsistema público y otro privado.*

El modelo plantea una **cobertura muy amplia, casi universal**. Según el trabajo de Marcos Vergara Iturriaga, el subsistema público brinda cobertura al 62% de la población mientras que las ISAPRES lo hacen en alrededor del 31%, las FFAA en un 4%.

Los afiliados al sistema público son categorizados según su nivel de ingreso en cuatro grupos. Los indigentes tienen cobertura total y se atienden exclusivamente en el SNSS, mientras que los otros tienen distintos porcentajes de cobertura en atención médica, odontológica, parto, medicamentos, etc, y pueden optar entre el SNSS y la libre elección.

En tanto que los que cotizan en una ISAPRE, que pueden ser cerradas (orientadas a grupos definidos) o abiertas, tienen una cobertura según el aporte y la modalidad de la ISAPRE. Cabe recordar que estas entidades realizan selección por riesgo, contemplan preexistencias y períodos de carencia y espera.

El hecho que el Estado garantice a la población su derecho a la salud **podría** mostrarnos una concepción de que la salud es considerada **un bien social, pero por otra parte el hecho que el acceso sea diferencial según sus ingresos pone en dudas la anterior concepción, aunque no implique directamente que sea un bien de mercado.**

El Estado tiene la función de contratar para el sector público los recursos y de organizarlos bajo su directa administración.

Según la OPS, para 1992 el **gasto público en salud** fue de 2,7% del PBI, y estimándose el gasto privado en 1,9% del PBI, no obstante el gasto siguió aumentando sostenidamente.

El gasto en el sector salud ha aumentado el 104% desde 1990 a 1997, siendo el 17,8% del total del gasto social. Sin embargo, esto no se ha reflejado en una mayor productividad y en una mejor calidad de la atención, en parte porque no se han solucionado los problemas de ineficiencia administrativa.

Aunque el sistema ha sido diseñado para la integración, en la realidad se puede definir como **fragmentado**. Esta fragmentación se debe principalmente por la desconfianza existente entre los sectores público y privado. Todos se sienten amenazados y se protegen. Los gremios temen la privatización y los

dueños de las ISAPRE y de las clínicas privadas temen la estatización, promoviendo subsistemas estancos, estimulando el proteccionismo y fortaleciendo las barreras existentes.

Los **principales problemas** que se observan son:

- a) El subsistema público concentra a los beneficiarios de menores ingresos y de mayor riesgo,
- b) El subsistema privado concentra la población más sana y de mayores recursos, además se les permite la selección de riesgo, los copagos de cualquier tamaño, el uso de carencias y preexistencias,
- c) El subsistema privado puede discriminar afiliados y el subsistema público no,
- d) El subsistema público es el reasegurador implícito de toda la población y
- e) El subsistema público configura el eje estabilizador del sistema.

Por otro lado, la percepción por parte de las personas, frente a la red asistencial del subsistema público se quejan del trato deshumanizado y frente al sistema privado se quejan de engaño y desprotección, es decir ha **aumentado la inseguridad**.

La reforma del Estado no ha sido alcanzada decidida, rápida y plenamente en parte porque se arrastra la burocracia pública tradicional y por otro por las escasas iniciativas sectoriales, que cuando existieron no han encontrado plafón en el Ministerio e Hacienda.

Por su parte los gremios han luchado sólo para asegurar la estabilidad y el mejoramiento de los ingresos de los funcionarios, sin poder avanzar seriamente en el sentido modernizaciones en la relaciones contractuales y las remuneraciones. Lo que parece no haber estado presente es una reflexión más clara acerca de los propósitos finales de la introducción de cambios para alcanzar más y mejor salud para la población.

Entonces se puede caracterizar el **sistema de salud actual como inestable**, desde una perspectiva técnica por la creciente tensión financiera que seguirá aumentando la carga global de enfermedad, (hoy de 55% de los años de vida perdidos obedecen a discapacidad y un 45% a mortalidad prematura), sobre el subsistema público a causa de la naturaleza discriminatoria del subsistema ISAPRE y de las evidentes dificultades que el subsistema tendrá para continuar reasegurando a la totalidad de la población.

VIII. CONCLUSIONES SOBRE LAS REFORMAS

En los años 90 todos los países han experimentado reformas, todas tienen el sello del Banco Mundial bajo el modelo ideológico neoliberal. Las reformas de los años 90 en el sector de la salud conforman la agenda hegemónica de la reforma administrativa del Estado.

La reforma estuvo orientada hacia el mercado, con dos ejes centrales 1) la contención de costos de la atención médica (descentralización de actividades y responsabilidades 2) el aumento de la participación financiera por parte del usuario en el pago de los servicios que utiliza.

Los antecedentes de estas reformas se encuentran en los años 80, algunas estrategias de cambio que se fueron observando son:

- 1) Medidas racionalizadoras de la atención médica, intento de disminución el gasto hospitalario con redireccionamiento hacia la atención ambulatoria, domiciliaria y atención básica.
- 2) Separación entre provisión y financiamiento (o entre compradores y prestadores)
- 3) Construcción de mercados regulados o gerenciados -managed care (atención gerenciada) y managed competition (competencia administrada)-

- 4) Utilización de los subsidios e incentivos (tanto por la oferta como la demanda) procurando un mix público-privado, con al quiebra del monopolio estatal.

Con las reformas hay una clara redefinición de los Estados, algo que a su vez tiene que ver la desaparición de los Estados Nacionales como efectos de la globalización cultural y social y la mundialización económica.

En esta redefinición, en el campo sanitario, en el marco de regulación y el enfoque selectivo se inserta la legitimación de la política económica restrictiva. Esto es coherente con el cambio de la función distributiva del Estado (privilegiando el sector privado, la diversidad, la competencia del mercado y concentrando la acción estatal en la lucha contra la pobreza). La idea de competencia administrada, surgida en EE:UU se ha ido extendiendo y a dejado marcas en las reformas tanto de los países centrales como en América Latina.

IX.- BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Almeida, Celia. 2000. "Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud". En: Cuadernos Médico Sociales N°79:27-58. Rosario

Belmartino, Susana. (2005) Una década de reforma de la Atención Médica en la argentina. En: Salud Colectiva.v.1(2):155-171. Agosto. Buenos Aires

Díaz-Muñoz y col. 1994. "*Sistemas de salud en proceso de reforma*". OPS. Buenos Aires.

Roemer, Milton. 1980. "*Perspectiva mundial de los sistemas de salud*". Siglo XXI editores. México.

Sigerist, Henry. 1981. "Los modelos cambiantes de la atención médica", capítulo V de "*Hitos en la Historia de la Salud Pública*". Siglo XXI editores. México

Terris, Milton. 1980. "Tres Sistema Mundiales de Atención Médica". En: Cuadernos Médico Sociales. N°14:27-35. Rosario

Noviembre de 2005