

**PROYECTO DE SALUD PARA CHILE  
COLEGIO MEDICO DE CHILE  
CONSEJO GENERAL - DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA**

Cuad. Méd.-Soc., XXXV, 1, 1994/ 5-55

**COMISION N° 1  
LA SITUACION DE SALUD**

**INTEGRANTES**

Dres. Marcelo Reyes O., Coordinador  
Eduardo Atalah  
Beatriz Bueno E.  
Juan Fierro M.  
Carlos García B.  
Juan Giaconi G.

Esteban Maturana D.  
Francisco Rodríguez McC.  
Raimundo Santolaya  
Verónica Solís P.  
Lautaro Vargas.

**I. DEMOGRAFIA Y ESTADO DE SALUD**

**A. DEMOGRAFIA**

En los últimos 40 años la realidad de salud en Chile se ha modificado profundamente. El país ha experimentado cambios demográficos que han modificado las características de la población y sus demandas. Los cambios demográficos se comportan a la vez como causa y efecto del desarrollo del país y del estado de salud, complementando su influencia en los perfiles de morbimortalidad con los factores organizacionales de los sistemas de salud y la tecnología y recursos disponibles.

**1. Componentes del crecimiento demográfico**

De acuerdo al censo de población del año 1992 la población chilena es de 13.348.401 habitantes. La tasa de crecimiento de la población ha declinado

notoriamente desde la mitad de la década del 60 con cierta estabilización desde 1980 en adelante. El crecimiento demográfico anual medio en el quinquenio 1985-1990 fue de 1.7%; en el período 1990-1995 se estima en 1.55%, esperándose llegar al año 2000 con un crecimiento de un 1.4% anual.

Los principales indicadores socio-demográficos muestran una mejoría consistente; es así como en los últimos 30 años la natalidad ha disminuido en un 40%, estabilizándose con algunas fluctuaciones a partir del quinquenio 1975-1979 en cifras que superan discretamente los 20 nacimientos por mil habitantes; en 1991 la tasa de natalidad fue de 22.4 nacidos vivos por 1.000 habitantes.

La tasa global y las tasas específicas de fecundidad por edad de la población chilena han declinado. El número esperado de nacidos vivos por mujer, en la actualidad, es de 2.66. Las tasas específicas han tenido una reducción mayor conforme aumenta la

edad de las madres (Censo 1992: número medio de hijos por mujer 2.39).

Cabe señalar que hay diferencias importantes en el comportamiento de la fecundidad entre las regiones, siendo las tasas globales de fecundidad mayores en las regiones del sur (excepto Magallanes) y menores en las regiones Metropolitana, V y VI.

## 2. Distribución espacial de la población

Geográficamente la población está concentrada en el sector central, donde las regiones V y Metropolitana (que cubren apenas el 4% del territorio nacional) albergan a la mitad de la población del país; las regiones ubicadas en los extremos norte y sur son las con menor densidad demográfica (I, II, III, XI y XII) y presentan también los más altos índices de concentración en localidades urbanas. En la actualidad sólo el 16.6% de los habitantes reside en lugares calificados como rurales.

El incremento de población en los últimos 10 años (decenio 1982-1992) ha sido de un 16.8%. Los incrementos mayores han ocurrido en la Región Metropolitana y las regiones del norte (superiores al promedio nacional). Con excepción de la VI y XI, todas las regiones desde Valparaíso al sur han crecido durante el período intercensal a un ritmo más lento, insinuándose un proceso de migración interna negativa.

## 3. Distribución urbano-rural

El 83.4% de la población es urbana, observándose diferencias importantes entre las regiones, con un máximo de 99% en Antofagasta y un mínimo de 59% en la Araucanía. La Región Metropolitana registra un 97% de población urbana. Destacan las ciudades de Arica, Iquique, Antofagasta y Punta Arenas, que en su entorno provincial tienen una escasísima población rural.

El saldo migratorio sobre la población mayor de 5 años es de 0.83%, siendo mayor en la Región Metropolitana 2.44%; III Región 2.37%; VII Región 2.20% y I Región 2.18%.

## 4. Edad y sexo

Para el quinquenio 1990-1995, la expectativa de vida al nacer, de acuerdo al INE, alcanzará a 72 años, 75.6 para las mujeres y 68.5 para los varones.

La estructura por edad corresponde a una transición, mostrando una proporción decreciente de niños y un aumento sostenido, aunque lento, de adultos, con una distribución disímil en las regiones.

Las cifras censales revelan una disminución de la proporción de menores de 15 años (a un 28.4%) con un población adolescente de 15 - 24 años (de 17.8%). La proporción de personas de 65 años y más ha aumentado a un 6,4%, siendo este grupo el de mayor tasa específica de crecimiento.

El análisis por regiones revela diferencias en la estructura por edad; es así como se observa una mayor proporción de niños menores de 15 años (sobre el 31%) en las regiones del sur del Bío-Bío (excepto Magallanes) con una proporción de menos del 30% en la zona central. Las regiones de los extremos del país (norte y sur) muestran menores proporciones de adultos-mayores que el promedio nacional (6.1%), mientras que Valparaíso con un 7.1% de población adulta mayor, es la región de mayor envejecimiento, seguida de cerca por la Araucanía.

El índice de masculinidad del país es de 97.59%, más acentuado en las áreas rurales por la mayor tasa de emigración de las mujeres.

## 5. Características socioeconómicas

La población económicamente activa (entre los 15-64 años) en el año 1992 alcanzaba al 63.3%, esperándose un incremento de un 10.5% en el período 1990 - 2000.

De acuerdo al censo del año 1992, la fuerza de trabajo (15 años y más) es de un 34.6% con una tasa de participación de 49.07%, concentrándose las mayores tasas entre los 25 y 54 años. La tasa de participación de la mujer es de un 28.06%.

La tasa de desocupación es de un 8.4%, siendo el grupo de jóvenes (15 - 24 años) el más fuertemente afectado (16.3%) y dentro de ellos los más pobres (la tasa de desempleo en la población de 15 a 29 años se eleva a un 16%, pero en el quintil de menores ingresos ésta llega al 41%, en tanto en el quintil superior la tasa es sólo de un 12%). En un 25.3% la mujer es jefe de hogar.

La masa laboral en un 39% no está cubierta por seguros. Sólo el 10% de la población laboral tiene una cobertura a través del INP-SNSS, cifra que seguirá declinando producto de la afiliación obligatoria a las AFP de los nuevos contingentes.

Según estudios de MIDEPLAN (1992), el 32.7% de la población vive en condiciones de pobreza, de los cuales el 9,0% corresponde a indigentes, los que habitan los cinturones urbano-marginales y áreas rurales aisladas.

Estudios de vulnerabilidad por comunas del Dr. Mardones (INTA-UNICEF) que combinan indicadores biomédicos, económicos y sociales revelan

que el 39.7% de la población está en categoría de alta o muy alta vulnerabilidad y que se concentran en el 66% de las comunas.

El analfabetismo absoluto ha dejado de constituir un problema, pero la escolaridad básica incompleta, especialmente de la madre, continúa constituyendo un factor fuertemente asociado a un mayor riesgo de enfermar y de morir de la propia madre y del niño.

La escolaridad promedio de nuestra población es de 8.6% años con una diferencia urbana rural que varía entre los 9.2 y 5.7 años. De acuerdo al último censo, el 37.7% de la población de 5 años y más, tiene un promedio 4 a 8 años de estudios con un 7.5% de la población con 0 años de estudios o que nunca asistió a la escuela. Los niveles de estudios aprobados mejoran en las cohortes jóvenes.

## 6. La transición epidemiológica y las demandas de salud

El envejecimiento poblacional unido a las patologías emergentes de enfermedades crónicas, el alcoholismo y las adicciones, los embarazos en las adolescentes, los accidentes mortales e invalidantes (viales, laborales, agresiones), así como el incremento de los problemas de salud mental y adaptativos a la urbanización progresiva, ubican a nuestro país en una situación de transición epidemiológica.

La diversidad geodemográfica y socioeconómica incide en el nivel de salud de las personas y la comunidad, así como en sus demandas de atención en los servicios de salud. En consecuencia, dicha demanda debería acentuarse producto del envejecimiento de la población y la mayor sobrevida en todas las edades de personas con condiciones de vulnerabilidad (prematuros, anomalías congénitas, etc.), así como por la necesidad de dar cobertura adecuada a los grupos que actualmente son parcial o totalmente marginados de la atención de salud por razones de diversa índole.

## B. INDICADORES DE DAÑO EN SALUD

### 1. Mortalidad

#### 1.1. Mortalidad General

En los inicios de esta década la mortalidad general ha declinado a tasas que oscilan entre 5 y 6 defunciones por mil habitantes. En 1920 dicha cifra era de 30,5, en 1940 disminuyó a 21,2, en 1960 a 12,3 y en 1980 llegó a 6,6. El componente que más se ha reducido es el infantil que fluctuaba inicialmente alrededor del 30% de los decesos totales, para

constituir actualmente una proporción apenas superior al 5%. Los decesos en menores de quince años constituyen otro componente destacado en este logro.

La tasa nacional, sin embargo, oculta significativas desigualdades territoriales y por tramos de ingresos. En 1991 la mortalidad general osciló entre 7,0 defunciones por 1.000 habitantes en Ñuble y 3,6 en Arica.

#### 1.2. Mortalidad por edad

Todas las tasas específicas de mortalidad por edad han disminuido apreciablemente en las últimas décadas; los descensos más importantes se han producido en los grupos de menor edad. Vale la pena destacar que mientras en 1980 el 12,7% de las muertes ocurría en niños menores de 5 años, en 1990 esta proporción se ha reducido al 7,4%. Tales cambios en la mortalidad de los menores, determinan directamente el aumento de la esperanza de vida al nacer.

##### 1.2.1. Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil estimada para 1993 es inferior a 14 por mil nacidos vivos, ello es un logro, pero al igual que en el caso de la mortalidad general, la mortalidad materna u otros indicadores específicos, existe una gran disparidad entre regiones, comunas, deciles de ingreso y nivel educacional entre otros. (Para 1991 la mortalidad infantil de Concepción - Arauco (20,2) duplicó la tasa del Servicio Metropolitano de Salud Oriente (9,1) y a su vez, en la Región Metropolitana la diferencial entre comunas va de 5 a 26 defunciones por mil nacidos vivos)

Según los estudios disponibles, la tendencia secular del descenso de la mortalidad infantil se debe a la interacción de factores tales como la manutención de servicios públicos de alta cobertura, la concentración de actividades preventivo-curativas en los grupos materno-infantiles con especial énfasis en el alto riesgo y la educación sanitaria, la planificación familiar, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria y la mejor calidad de sus productos, y el mejor nivel de escolaridad de las madres. Es indudable que la mejoría del acceso mediada por el transporte, la disponibilidad de vestuario más apropiado y las mejoras en la vivienda y saneamiento del medio han contribuido también en forma importante.

En el primer año de vida el 70% de las defunciones corresponden a las infecciones perinatales, las enfermedades congénitas y las enfermedades respiratorias. En el período infantil tardío un 27% de las muertes se deben a enfermedades respiratorias, en

tanto un 26% corresponde a los accidentes, principalmente aspiración y sofocaciones por cuerpo extraño en la vía respiratoria. Una cantidad cercana al 50% de estas defunciones son evitables, según evaluaciones originadas en auditorías de muertes infantiles, efectuadas por las unidades técnicas del MINSAL.

En 1987 el 6.5% de las defunciones neonatales del país ocurrieron en el domicilio, esta cifra subió a 37% en las defunciones infantiles tardías. Ese mismo año, en la Araucanía, tales proporciones fueron de 15 y 63%, casi el doble.

### 1.2.2. Mortalidad del Adulto Joven

La mortalidad del adulto joven refleja adecuadamente las condiciones de vida de una comunidad. Para 1990, en el grupo de 25 a 44 años la tasa nacional alcanzaba a 182 defunciones por cien mil habitantes; en el S.S.M. Oriente llegaba a 95 mientras en Concepción - Arauco la cifra era de 333 por cien mil.

Examinada esta tasa en las comunas del S.S. Concepción-Arauco, el mismo año 1990, Concepción mostraba una tasa de 74 defunciones por cien mil habitantes del grupo, mientras que Santa Juana llegaba a 682, reflejando la gran variabilidad intraservicios que se observa en este y otros indicadores.

Los principales componentes de la mortalidad en el grupo de los 25 - 44 años fueron: Traumatismos, Envenenamientos y Violencias 42,7%; Tumores Malignos 15% y Cirrosis 8,7 %.<sup>1</sup>

### 1.2.3. Mortalidad del Adulto de 45 a 64 Años

Se destaca la situación de mortalidad del varón adulto de 45-64 años en 1990 por el peso que adquieren los factores susceptibles de intervención. La tasa nacional fue de 1.224 por cien mil; mientras en el S.S.M. Oriente la tasa sólo llegó a 628 y en el S.S. Ñuble alcanzó a 1662, casi tres veces más.

Los principales componentes de la mortalidad en el grupo de los 45 - 64 años fueron: Enfermedades cardiovasculares 22,7%; Tumores malignos 20,2%; Traumatismos, envenenamientos y violencias 16,7%; y Cirrosis 14,6%<sup>1</sup>.

Es sabido que la modificación de estos indicadores requiere de estrategias distintas a las que han permitido incidir en la mortalidad materno-infantil.

### 1.2.4. Mortalidad del Adulto Mayor

En 1989, del total de defunciones, el 55.5%

correspondió a mayores de 65 años y es en este grupo en el cual se expresa cabalmente el perfil de causas de muerte que se le atribuye al país.

### 1.3. Mortalidad por causas

Los diez principales grupos de causas de muerte no han presentado variaciones de importancia en el último decenio. Se mantienen en 30% aproximadamente las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio; tumores malignos (18%); enfermedades del aparato respiratorio (12%); traumatismos y envenenamientos (12%); enfermedades del aparato digestivo (7,8%) y signos y síntomas mal definidos 6,2%.

### 1.4. Mortalidad Materna

La mortalidad materna con alrededor de 4 defunciones por 10.000 N.V. se asocia al aborto en un 35 a 40% de los casos, problemas hipertensivos (15%), complicaciones puerperales (15%) y complicaciones de la atención del parto (10%). En estas dos últimas categorías son relevantes las hemorragias y las infecciones. Cabe destacar que el aborto continúa representando un importante problema de salud pública, con expresiones de atención compleja, prolongada y de alto costo, consumo del recurso cama UTI e intermedio, secuelas que acarrear complicaciones uterinas y anexiales y daños en la salud mental.

### 1.5. Diferencias Regionales Por Causas

La mortalidad por las enfermedades infecciosas y parasitarias presenta tasas superiores al promedio nacional en Atacama, Maule y Coquimbo. La Quinta Región presenta un aumento significativo de la mortalidad por diabetes, trastornos mentales y enfermedades del aparato circulatorio. La región del Bío-Bío presenta la más alta tasa de cirrosis del país y Aysén la más alta tasa de mortalidad por accidentes.

## 2. Morbilidad

### 2.1. Asistencia Hospitalaria

Las estadísticas de morbilidad hospitalaria son confiables y señalan que en el país ocurren casi 1.400.000 egresos, de los cuales 1.060.000 ocurren en el sistema público.

Las principales causas de egreso son: el embarazo, parto y puerperio 28%; las enfermedades del aparato digestivo 10%, en su mayoría quirúrgicas;

1. Se destaca la cirrosis hepática como enfermedad específica por su peso relativo, en tanto que el resto de la enumeración corresponde a agrupaciones de causas según la CIE 9.

las enfermedades respiratorias 10% (neumopatías agudas y crónicas) y los traumatismos y envenenamientos 8%.

De las 43.000 camas existentes en el país, un 76% pertenece al SNSS y su rendimiento anual promedio equivale a 32,6 egresos por cama en el sistema público y 29,6 en el resto.

## 2.2. Morbilidad Observada en Encuestas Domiciliarias

Los estudios poblacionales de morbilidad realizados en el Gran Santiago por Medina y Kaempffer durante 1983, muestran que ocurren entre 3,9 y 6,6 episodios de enfermedad persona año, sea esta aguda, accidente o descompensación de una condición crónica. Aproximadamente la mitad de estos episodios recibieron atención médica en algún sistema, 68% de la patología aguda y 41% en las enfermedades crónicas.

La frecuencia de episodios varía en forma inversa al nivel socioeconómico de las personas. Los estratos más pobres se enferman el doble que los más ricos. Esta situación es más acentuada en relación a las enfermedades crónicas y los problemas emocionales.

La morbilidad por edad tiene perfiles claramente diferentes según tramos de edad, prevaleciendo la morbilidad respiratoria, infectoparasitaria, accidentes y órgano sensorial en los menores de 15 años. En las edades intermedias este perfil muestra cambios de las proporciones, emergiendo en forma destacada los problemas de salud mental, especialmente en el sexo femenino y los problemas de patología biliar y genitourinaria; en los varones, las cuadros respiratorios agudos, la patología dolorosa de la columna y las lesiones traumáticas. Después de los 50 años el perfil es comandado por los problemas crónico degenerativos que afectan a diversos órganos y sistemas. A mayor edad, mayor presencia de daños multisistémicos.

## 2.3. La Salud Mental

El 70% de los chilenos adultos consumen alcohol. Los bebedores excesivos entre los varones adultos alcanzan al 10% y los adictos alcohólicos al 5%. El costo económico para el país podría elevarse a cifras superiores a 2.000 millones de dólares al año. Las benzodiazepinas son consumidas por el 8% de la población en busca de los efectos ansiolíticos. El consumo de tabaco en las comunas urbanas llega al 46% de la población adulta.

Los jóvenes son más vulnerables al consumo de alcohol, tabaco, marihuana, anorexígenos y solventes orgánicos. La prevalencias son más altas entre

niños y adolescentes marginales y pobres. También los productos consumidos en esos estratos son los más dañinos.

El consumo de la pasta base que inicialmente afectó a la primera Región, ha llegado a constituirse en un riesgo de magnitud, que parece generalizarse en el país.

Las disfunciones familiares, son otro aspecto relevante que evidencia el daño en la salud mental de los chilenos; éstas se expresan en conductas neuróticas, represivas y de agresividad, que afectan principalmente a las mujeres y los niños, problema que como la punta de un iceberg se aprecia en alguna medida en la consulta médica, los servicios de urgencia y hospitalizaciones.

## 2.4. Salud Bucal

Más del 90% de la población está afectada por caries dentarias; entre los preescolares y escolares de la Región Metropolitana su prevalencia es de 77,5%, proporción que sube a 79,2% en los escolares de 6 a 18 años.

El 68% de la población sufre de lesiones inflamatorias y traumáticas del periodoncio, de las cuales el 18% son de tipo destructivo. La gingivitis está presente en el 92% de los escolares de 6 a 9 años y se eleva al 96% entre los 12 y 18 años. El 64% de la población mayor de 14 años presenta algún grado de maloclusión y anomalías bucomaxilofaciales.

Consecuencia de lo anterior, el 72% de la población tiene mutilado su aparato masticatorio, con un promedio de 7 piezas dentarias perdidas en los mayores de 15 años.

## 2.5. Discapacidad Física y Mental

Se estima que en Chile existe un 10% de población afectada por algún tipo de discapacidad, (circunstancia que directa o indirectamente afecta al 25% de la población). Los discapacitados mentales se estiman en 400.000 personas; los sordos en 372.000, los ciegos en 70.000 y los discapacitados físicos en 400.000.

La asistencia para este tipo de pacientes es otorgada básicamente en los establecimientos del SNSS, pero sus servicios clínicos de rehabilitación y fisioterapia tienen carencias diversas, destacando el déficit de recursos humanos calificados, toda vez que la existencia de especialistas en esta área es reciente y que este problema emerge como una prioridad de salud sólo en las últimas décadas.

Las experiencias de los países desarrollados indican la conveniencia de no incurrir en reduccionismos sanitarios, sino abordar el problema con un enfoque sistémico concentrado en la persona afectada, la

familia y las posibilidades de reeducación laboral; ello involucra la participación multisectorial, compartiendo actividades y costos.

### 2.6. *Salud Ocupacional*

Toda actividad productiva contaminante afecta los sitios de trabajo y se extiende al ambiente de la comunidad que le rodea. El trabajador por tener el mayor tiempo e intensidad de exposición actúa, a través del compromiso de su salud, como centinela de las externalidades del desarrollo sobre el medio ambiente; al mismo tiempo forma parte de una comunidad y se expone, adicionalmente a los riesgos ambientales propias de ésta. Estas nociones básicas no se expresan adecuadamente en los programas de salud, en los estudios epidemiológicos ni en los sistemas de registros, constituyendo un área feble en la actividad sectorial e intersectorial.

### 2.7. *Tabaquismo, Cáncer y Bronconeumopatías Crónicas*

El consumo de cigarrillos en la población adulta mostraba una prevalencia del 35,7% en 1971 (Joly); estudios del año 1984 elevan esta cifra a 39% en mujeres y 43% en varones (Medina), finalmente en 1988 en zonas urbanas de la Región Metropolitana, Berrios encontró una prevalencia del 46,3%. Los esfuerzos realizados por reducir su prevalencia son neutralizados por efecto de una elaborada propaganda.

El consumo de tabaco se asocia significativamente a la morbilidad oncológica de diversas localizaciones, a gran proporción de las discapacidades y egresos por bronconeumopatías crónicas (LCFA) y patología cardiovascular crónica adquirida.

El consumo crónico se traduce en una reducción de la calidad de vida, disminución de los años productivos, morbimortalidad y gastos de salud técnicamente evitables. Una estimación conservadora lleva esta cifra al 5% del gasto público de salud.

La mortalidad oncológica se conoce suficientemente, pero la morbilidad se desconoce por la ausencia de un registro nacional que integre todos los datos disponibles, v.gr.: egresos, biopsias, cirugías, otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Tampoco ha sido posible estandarizar los protocolos de tratamientos y resultados, ya que la oferta de servicios, que frente a esta afección provee el sistema público, es superada por las necesidades que se canalizan por conductos diversos.

### 2.8. *Nutrición y Sedentarismo*

Vinculado al nivel de vida y a rasgos culturales, la población tiende a reproducir un patrón de com-

portamiento sedentario, con altos niveles de estrés (agresividad, irritabilidad, depresión, agotamiento psíquico, etc), consumo excesivo de carbohidratos y conductas evasivas, todos elementos considerados factores de riesgo de dislipidemias, hipertensión arterial, neurosis, afecciones psicósomáticas, problemas posturales y del sistema locomotor.

En los últimos años se perfila un cambio de estilo de vida en los estratos de más altos ingresos y en los grupos de mejor nivel cultural, que se expresa en prácticas de acondicionamiento físico, preferencia por alimentación "natural", y la utilización de múltiples técnicas para reducir el estrés. Lo anterior, por el efecto demostración en las cohortes futuras, representará una adaptación deseable para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

### 2.9. *SIDA*

En Chile el primer caso de SIDA se diagnosticó en 1984. Hasta el 31 de Diciembre de 1991, se habían notificado 507 enfermos, en once regiones del país y 748 infectados en todas las regiones. La tasas por región más elevadas se presentan en las Regiones Metropolitana, V, I y II.

El 93,3% de los enfermos son hombres, con una razón de hombre/mujer de 15:1. Los principales grupos de edad afectados son los de 20 a 49 años con el 87% de los casos. Las personas menores de 20 años representan el 3% y los de 50 años y más, el 10%. La principal vía de transmisión es la sexual (85%) seguido de la sanguínea (9%) y perineal (2%). La transmisión sanguínea está principalmente representada por personas transfundidas antes de 1987; a partir de 1986 se ha notificado 16 casos de SIDA en usuarios de drogas intravenosas. Aproximadamente el 40% de los casos notificados ha fallecido.

El análisis de los portadores asintomáticos revela la misma distribución en lo referente a factores de riesgo; en cuanto a edad se observa que ellos son más jóvenes que la población enferma y la relación hombre/mujer es de 7:1, hecho que demuestra el desplazamiento de la epidemia hacia la población heterosexual.

El impacto socioeconómico de esta patología - elemento considerado la tercera epidemia de la infección por VIH/SIDA - ha sido difícil de evaluar. Las necesidades de control médico y de laboratorio de las 748 personas notificadas como portadoras representan una carga asistencial no considerada en los sistemas de atención. A ella se suma la atención de alta complejidad requerida actualmente por al menos 476 pacientes enfermos de SIDA.

### 3. Resumen de problemas

En resumen, el siguiente sería el listado de problemas de salud más prevalentes, trascendentes y/o sentidos por la población chilena, que deben ser enfrentados con prioridad en Chile hoy:

- a) En el lactante y el preescolar:
  - Patología perinatal
  - Accidentes en el hogar
  - Infecciones respiratorias agudas
  - Bajo peso al nacer
  - Enfermedad bronquial obstructiva
  - Diarreas agudas
  - Enfermedades inmunoprevenibles.
- b) En el escolar y en el adolescente:
  - Accidentes en el trayecto y en el colegio
  - Trastornos del aprendizaje y deserción escolar
  - Cáncer.
  - Consumo de alcohol, tabaco y drogas
  - Embarazos no deseados
  - Prostitución infanto-juvenil
  - ETS y SIDA
  - Violencia y trastornos adaptativos en los adolescentes
- c) En la mujer en edad fértil:
  - Abortos provocados
  - Infecciones y hemorragias obstétricas
  - Bajo peso u obesidad de la embarazada
  - Hipertensión
  - Consumo de tabaco
  - Cáncer cérvico-uterino, de mama y vías biliares.
  - Problemas de salud mental
- d) En la población entre 15 y 64 años de edad en general y en particular en la masculina ocupada:
  - Ingesta excesiva de alcohol
  - Tabaquismo, sedentarismo y obesidad
  - Cirrosis
  - Tuberculosis
  - Dislipidemias, hipertensión arterial y enfermedades isquémicas del corazón.
  - Problemas de salud mental
  - Accidentes y enfermedades profesionales
  - Accidentes del tránsito
  - Violencia en general y particularmente al interior del hogar
  - ETS y SIDA
  - Población minusválida.
- e) En la población adulta mayor o senescente:
  - Hipertensión arterial
  - Diabetes mellitus
  - Problemas de salud mental
  - Cáncer gástrico

- Cáncer pulmonar
  - Cáncer de próstata
  - Cáncer de útero
  - Cáncer de mama
  - El paciente postrado y terminal
- f) A todas las edades:
    - Problemas de salud bucal
  - g) Problemas de deterioro ambiental causantes de otro tipo de enfermedades, tales como:
    - Cáncer asociado a contaminantes conocidos o sospechosos.
    - Neumoconiosis.
    - Bronquitis crónica y otras formas de L.C.F.A.
    - Problemas de los órganos de los sentidos, afecciones de la piel, sus fanéreos y las mucosas.
    - Trastornos osteoarticulares y lesiones traumáticas.
    - Enfermedad de Chagas, hidatidosis y contaminación de los alimentos.

## II. ESTRUCTURA, ORGANIZACION Y PRINCIPALES PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

### A. EL SISTEMA MIXTO DE SALUD CHILENO

#### 1. Introducción

El sistema de salud chileno se ha caracterizado por ser mixto, con una presencia mayoritaria del sistema público.

El ejercicio privado de la profesión médica — después de otras profesiones de la salud — ha complementado la acción pública, especialmente en la atención de la enfermedad y los infortunios.

En los últimos dos decenios, afectada por los cambios originados en la política y la economía, la medicina social y la salud pública han experimentado profundas transformaciones. Estas afectan tanto a la práctica pública como privada y dicen relación con la organización, estructura, financiamiento y distribución de los recursos de salud del país, el sentido y orientación de la formación de nuevos recursos humanos, los servicios que se brindan a la población y los valores que enmarcan este quehacer.

#### 2. Desarrollo Histórico

El desarrollo continuo de los servicios públicos de salud, desde la república portaliana en el siglo

pasado, hasta los inicios de 1970, da cuenta de una política clara y sostenida que, en el plano sanitario, pondría a nuestro país en un sitio de privilegio entre las naciones de América.

Los progresos logrados fueron producto de la ejecución de tres líneas estratégicas de trabajo enormemente fecundas: la educación, la higiene y la asistencia.<sup>2</sup>

La Universidad de Chile ocupó desde su creación un rol destacado en la formación del personal médico y luego de otras profesiones de la salud, vinculando en forma creciente el proceso formativo a las necesidades de salud del país.<sup>3</sup>

En el contexto del orden fijado por la Constitución de 1925, los organismos de beneficencia, la seguridad social y otros servicios públicos convergen progresivamente hacia una dirección única de los recursos y programas de salud que se plasma en la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) mediante la Ley 10.383 de 1952; éste cubre con sus beneficios a la enorme mayoría del país, con excepción del personal de las FF AA y los empleados.

Hasta 1973, la dirección superior de la acción pública residió en la Dirección General del SNS, con un nivel creciente de profesionalización, en tanto el Ministerio de carácter político determinaba las grandes orientaciones de la política de salud, pero no afectaba directamente la operatoria de los establecimientos. Entre 1973 y 1980, el SNS vio decrecer sus atribuciones y recursos hasta su disolución y reemplazo por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Coexistían, paralelamente al SNS, algunos servicios médicos para trabajadores de empresas públicas, semifiscales y privadas.

A fines de la década del 60 empieza a cobrar presencia el sistema de las Mutuales de Seguridad, que administran los fondos de la Ley 16.744 de enfermedades profesionales y accidentes del trabajo<sup>4</sup>.

En la vertiente del ejercicio privado, desde los inicios de la colonia con el protomedicato colonial<sup>5</sup>

y la etapa posterior republicana, la profesión médica conjugó su ocupación entre la asistencia en los hospitales de la Beneficencia y la atención privada de quienes podían costear este servicio.

El ejercicio liberal de la profesión médica estaba centrado en la consulta privada y su variante de atención domiciliario-familiar. Esta se vio reforzada con la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y su sistema de Libre Elección, financiada con prepagos y copagos.

El funcionamiento en esa doble compartimentalización pública y privada permaneció casi intacto hasta 1980, enriquecida desde decenios anteriores por la operación de clínicas privadas, preferentemente obstétricas, que ofrecían atención institucional a los sectores de mayores ingresos<sup>6</sup>.

Dicha modalidad de atención en el plano técnico no presentaba diferencias con los estándares alcanzados por los hospitales públicos de buen desarrollo; estos últimos, en la práctica, tenían el liderazgo técnico científico constituyendo el núcleo básico de los logros sanitarios alcanzados por el país.

El Colegio Médico y sus predecesores, protagonista de estas reformas, procuraron por una parte mantener el sistema mixto, a la vez que garantizar condiciones adecuadas para el desarrollo profesional en los servicios públicos, mediante la dictación de un Estatuto Médico (Ley 15.076).

El impacto del SNS y en general de los sistemas de salud socialmente organizados, que incorporaron el acervo científico en su accionar, se refleja en las tendencias de la morbimortalidad, en la obtención de registros de alta confiabilidad y un sistema administrativo de gran madurez. A su vez, la población recibía una atención médica de buen nivel y en mejora continua, a la par que coberturas crecientes, con componentes preventivos y promocionales en amplio desarrollo.

Lo anterior prestigió y validó ante la comunidad nacional e internacional a la profesión médica y a las estructuras organizadas para controlar los principales problemas de salud y sus factores condicionantes.

2. En 1861 se produce la primera conexión entre la Universidad de Chile y la Beneficencia al ser nombrado miembro de la Junta de Beneficencia el Dr. Sazie. A su vez, en el año 1891, el Gobierno de Jorge Montt detalló en la nueva Ley de Municipalidades toda una política de salubridad y al año siguiente, fundó el Instituto de Higiene, que inauguró la era científica de la salubridad chilena y echó las bases del Código Sanitario, que deviene en Ley en 1918.
3. El rol de la Universidad es inseparable de los logros sanitarios del sistema de salud, es además, responsable del alto nivel técnico científico del personal de salud y del desarrollo de programas de formación continua y la regionalización docente asistencial exitosamente llevada a cabo por el ex-SNS.
4. Los antecedentes nacionales de esta legislación se remontan a las conquistas sociales logradas por el movimiento obrero en las salitreras.
5. Que coexiste con las diversas modalidades de medicina autóctona.
6. En rigor la presencia de establecimientos privados con más de 40 camas, es un fenómeno escaso exceptuando Santiago, Valparaíso y Concepción. La acreditación de procedimientos en ellas es un área aún no desarrollada.



En el escenario económico, social y político existente en el período 1970-73 y sobre la base ideológica de la experiencia socialista que se intentó en Chile, los éxitos del SNS y la notable ampliación del gasto público en salud,<sup>7</sup> algunos sectores plantearon la reorganización del sistema con vistas a la conformación de un sistema de salud único, ideas que no prosperaron ni tuvieron apoyo mayoritario.

## **B. EL QUIEBRE DEL ESTADO DE DERECHO: LA REESTRUCTURACION DEL SISTEMA PUBLICO, OBJETIVOS Y PROCEDIMIENTOS**

### **1. Efectos inmediatos en el sector salud**

En 1973 se produjo el quiebre del sistema institucional chileno, lo que se tradujo en una reducción drástica del gasto público y del aparato del Estado en el área social, que afectó agudamente al sector salud. Dichas restricciones se produjeron en un contexto nacional autoritario y restrictivo y un escenario internacional inmerso en la crisis del petróleo, las sucesivas recesiones económicas mundiales y de aislamiento político del Gobierno.

El ámbito de competencia del Estado se replanteó, limitándolo al normativo, generador de incentivos y subsidios para los organismos intermedios de la sociedad, postulados que entran en conflicto con la provisión de servicios directos por el ex-SNS.

La política restrictiva en salud determinó la detención de grandes obras de infraestructura, reducciones progresivas de las plantas de recursos humanos y de la actualización tecnológica en que estaba empeñado el SNS. En ese contexto, entre los años 1977 y 1980, se producen los cambios jurídicos y la "Reestructuración sectorial", en el marco que sustituyó a la Constitución de 1925.

### **2. Principales cambios jurídicos**

La actual Constitución no establece el derecho a la salud tal como es entendido por las Naciones Unidas y por la OMS. Dicho de otra manera, la Constitución no le asigna al Estado la responsabilidad de garantizar a todos los chilenos el pleno ejercicio del derecho a la salud.

La Constitución sólo establece el acceder, libre e

igualmente a acciones de salud, asignándole al Estado la responsabilidad de hacer cumplir dicho derecho a través de coordinar y controlar dichas acciones por parte de todas las instituciones prestadoras.

En el plano legal, las principales medidas apuntaron a modificar las orientaciones del fondo de atención médica (FAM)<sup>8</sup> y luego el destino y administración de las cotizaciones previsionales de los trabajadores dependientes.

En 1979 se dicta el decreto ley 2575.<sup>9</sup> Dicho DL en su artículo primero posibilita que, con cargo al FAM, puedan facturarse las prestaciones realizadas a trabajadores imponentes del servicio de seguro social y otros beneficiarios del SNS, es decir, trabajadores que no realizan aportes previsionales al SERMENA.

En su artículo segundo y final, el DFL N° 2575 abre los recursos del Fondo de Atención Médica a personas jurídicas intermediadoras de prestaciones entre los cotizantes y sus cargas y los profesionales que realizan las prestaciones.

Mientras el primer artículo provee a la ampliación del mercado del sector privado a los beneficiarios del SNS, el segundo le garantiza los recursos para financiar esta acción, con cargo a un fondo ya establecido que se acrecentaría con transferencias desde el SNS.

La aplicación del esquema provoca el debilitamiento del sector público e incentiva el crecimiento del sector privado.

## **C. LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD EN EL ORDENAMIENTO INSTITUCIONAL VIGENTE**

### **1. La creación de los 26 servicios y organismos dependientes**

A la sustitución de las funciones de la Dirección General del SNS por el Ministerio de Salud, se sigue la creación de los 26 Servicios de Salud—territoriales—que reemplazarán las funciones normativas, coordinadoras y ejecutivas del SNS y SERMENA en las respectivas áreas jurisdiccionales que les son asignadas.

La creación de los Servicios de Salud tiene dos antecedentes dignos de considerarse:

7. El gasto público bordeó los mil millones de dólares de esa época entre los años 1971 y 1972.

8. Creado por ley N° 16.781 (1968; Administrado por el SERMENA, actual FONASA)

9. Reglamento: Decreto N° 260 del 16/08/79

a) El SNS tenía una estructura orgánica regionalizada y desconcentrada en lo operativo; la gestión administrativa en cambio estaba centralizada en la Dirección General. El SNS realizó ingentes esfuerzos descentralizadores que se expresaban en la existencia de 13 Zonas (más la Subzona Arica) y 55 Areas de Salud, con sus respectivos Directores que actuaban por delegación del Director General.

b) Los territorios asignados fueron supeditados a la división político-administrativa resuelta por la Comisión Nacional de Reforma Administrativa, en cuyas decisiones las cuestiones militares y estrategia de control interno fueron los parámetros fundamentales.

Así, los Servicios de Salud resultantes tienen la impronta de esos dos antecedentes; por una parte reproducen la estructura de las Areas de Salud en ciertos lugares y en otros refunden o segregan según elementos castrenses.

La creación de los Servicios de Salud representa un paso hacia la autonomía, toda vez que además del territorio y los respectivos centros asistenciales dependientes, se les asigna por Ley una planta de recursos humanos. Además, reciben en propiedad el patrimonio de edificios y equipos así como la responsabilidad y representación legal. Sin embargo, no tienen autonomía financiera y sus presupuestos operacionales, inversiones, modificaciones de planta de recursos humanos y otras funciones necesarias para su operación regular siguen siendo definidas desde el nivel central ministerial, desde el Ministerio de Hacienda o directamente de la Presidencia de la República, como es el caso de la decisión de desprenderse de los Consultorios Generales y Postas Rurales.

La reestructuración del sector impuso una definición restrictiva del rol del sistema público construyéndolo al ámbito asistencial, dejando de lado todo aquello que no diga relación directa con esta misión. Los resultados prácticos significaron el desmantelamiento de las unidades técnicas, logísticas y administrativas del Sistema y las pérdidas de atribuciones que le eran conferidas por el código sanitario y otras legislaciones.

Algunas estructuras del ex-SNS, como el Instituto Bacteriológico y la Central de Abastecimientos, son conservadas con cambios en sus funciones, nombres y campos de competencia. El Instituto de Salud Ocupacional (INSO) es reestructurado y anexado al Instituto de Salud Pública. La Central de Talleres es disuelta, lo mismo que la Constructora de Establecimientos Hospitalarios y la Comisión Nacional para la Nutrición (CONPAN). El SERMENA es sustituido por el FONASA cuyas

funciones son reformuladas suprimiendo los aspectos asistenciales y agregando otras de gestión de los recursos financieros del SNSS.

Las propiedades accionarias en el Laboratorio Chile y otras empresas productivas son enajenadas, lo mismo ocurre con propiedades agrícolas y urbanas. Los centros de investigación clínico-tecnológicos desarrollados durante las décadas pasadas, decaen y se desdibujan. La regionalización docente asistencial se disocia en rol universitario y asistencial, y queda reducido a un sistema de referencia de enfermos con las limitaciones crónicas de cupo y financiamiento conocidas.

**EL FORMULARIO NACIONAL DE MEDICAMENTOS** entre cuyas funciones destacaba la de regulador de precios del mercado de fármacos, con la privatización del Laboratorio Chile deriva en un simple listado de genéricos, cuyo rótulo es empleado con fines de mercadotecnia por diferentes laboratorios comerciales.

## 2. Las modificaciones orgánicas y su operación

El Decreto Ley 2.763 de 1979 y sus reglamentos derivados, que normaron la reestructuración del sector público, han tenido una existencia azarosa. Sólo por períodos fugaces el MINSAL ha cumplido con la estructura que allí se especifica. Las estructuras informales creadas para personas y situaciones determinadas, caracterizan el panorama administrativo, reflejando la incapacidad para encontrar fórmulas orgánicas estables, flexibles y eficaces para cumplir con las tareas propias de un nivel central. Esta situación es diametralmente opuesta a la notable estabilidad y funcionalidad existente en el tiempo de la Dirección General del SNS.

El concepto organizacional empleado en el diseño institucional, apuntó a minimizar el rol de Dirección General del SNSS, el cual debe seguir siendo asumido por el Ministerio. La función rectora del sistema de salud del país en su conjunto también queda mal definida, ya en la práctica no se dispone de los instrumentos apropiados. En cambio, se privilegió el rol de cartera política del Ejecutivo.

## D. LOS ORGANISMOS DEL SISTEMA PUBLICO Y SUS PRINCIPALES PROBLEMAS

### 1. El sistema asistencial

El Sistema Nacional de Servicios de Salud, de cobertura nacional, con 62.398 funcionarios (Di-

ciembre 1991), de dependencia directa y 10.380 municipales, es el responsable de otorgar prestaciones de salud a más de diez millones de chilenos, especialmente a los pobres e indigentes.

Dicha institución se estructura emulando una red con base residencial principalmente. No existe en cambio, un diseño complementario con base laboral ni escolar.

El sistema opera a partir de módulos asistenciales con base geodemográfica, conformados por Hospitales Provinciales, Consultorios Generales Urbanos o Rurales y Postas de Salud. En las grandes ciudades coexisten más de un módulo y en éstos suele existir familias de hospitales (de adultos, pediátricos, de especialidades) y dentro de éstos, servicios clínicos o especialidades de distinto nivel de desarrollo.

Funcionalmente se pueden visualizar distintos roles asociados a la red como: la acción de primera línea de contacto y la operación de una segunda línea que actúa por referencia principalmente, roles docente asistencial, de interacción con la comunidad y participación, funciones preventivo promocional y curativo-rehabilitador, etc. Esta perspectiva merece destacarse, por cuanto importa consecuencias en el plano organizacional; a partir de esos roles se han construido modelos simplificados que han dado origen a nuevas propuestas como los niveles de complejidad- cobertura, hoy superada, los SILOS o la que generó la agenda para el cambio. Dichas concepciones tienden a expresarse en estructuras, que a menudo escinden el sistema o entran su operación y gestión.

La red hospitalaria tiene diversos perfiles de complejidad, tamaño, especialización y rol dentro de la red local, regional o nacional. Allí se concentran la tecnología y las prestaciones complejas y costosas, así como el personal de más alta calificación y antigüedad, además de otros elementos de complejidad media o baja, indispensables para la operación integrada. También es responsable del mayor gasto operativo de salud (80 - 85%).

Los Hospitales públicos, a pesar de las inversiones realizadas en los últimos años, sufren una crisis de recursos y de gestión que afecta su financiamiento, sus recursos humanos y operacionales, que se expresa en retraso tecnológico, vetustez de edificios especialmente en Santiago, decremento absoluto y relativo de camas en los últimos 20 años y déficit de utilización de las existentes por falencias logísticas.

En el terreno de la participación al interior de los

hospitales y servicios clínicos, ya sea de los usuarios y/o prestadores, continúa vigente un sistema de dirección vertical y compartimentalizado que dificulta cualquier iniciativa en este sentido.

El conjunto de problemas señalados, conocido como **la crisis hospitalaria**,<sup>10</sup> sólo ha sido parcialmente tocado en las políticas de inversiones en los cuatro años de gobierno de transición y se observan pocas propuestas en ese terreno.

## 2. El sistema de dirección administrativo

Los sistemas de dirección administrativa están bien definidos en la Ley 2.763 y sus reglamentos, especialmente en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Sin embargo, un análisis somero muestra duplicaciones innecesarias de las funciones entre los hospitales mayores y el Servicio, entre las subdirecciones y otras instancias de apoyo técnico y control. Además, un exceso de **compartimentalización** entre funciones naturalmente vinculadas, deriva en dificultades insalvables de coordinación.

El ordenamiento orgánico tiene como orientación central el control del gasto (más que la contención de costos o la eficiencia) determinando, entre otras deformaciones, que las unidades técnico-asistenciales dependan de las Subdirecciones Administrativas como farmacia, nutrición, esterilización, sin mencionar los departamento de recursos humanos, etc.

La estructura y los problemas organizacionales del organismo de Dirección del Servicio se reproducen en el ámbito asistencial, provocando burocracia, sobrecarga de trabajo y desencuentros.

## 3. El traspaso de la administración de Consultorios y Postas Rurales a los Municipios

La política de incremento del poder de los Alcaldes en el gobierno pasado, concordante con la política laboral, así como consideraciones económicas y una lectura peculiar de los compromisos de ALMA ATA, llevaron a escindir el sistema de salud público, creando estructuras municipales de administración para la atención de salud en los Consultorios Generales Urbanos y Rurales no adosados y las Postas de Salud Rural (DAP y Departamentos Municipales de Salud).

Dicho proceso se inició en 1981 en el contexto de otras reformas administrativas que se llevaban a cabo y comprometió entre el 20 y 30% de los

10. Ver Informe Final del Grupo de Crisis Hospitalaria preparado en 1991 por el MINSAL, coordinado por el Dr Arturo Jirón.

establecimientos en cuestión. La fricción provocada determinó que el proceso se congelara por 5 años y no involucrara a los hospitales. En 1987 la Secretaría General de la Presidencia determinó que el proceso debía completarse. Ello se concretó en cuatro meses.

La municipalización, tal como se ha implementado, ha resultado disfuncional al sistema en su conjunto y está sometida a tensiones administrativas, especialmente financieras y manejo de recursos humanos. Su racionalidad administrativa resulta dudosa, y no ha mostrado los beneficios teóricos de participación o adecuaciones locales que se le atribuyeron.

Para la profesión médica el proceso ha significado la **estamentación** laboral, la interrupción del sistema de perfeccionamiento de postgrado, la marginación de grandes contingentes médicos de la visión integral de la atención del paciente, que va de la atención en la familia, el Consultorio y el Hospital. En síntesis, mayores impedimentos para una eventual carrera funcionaria y para la integración y perfeccionamiento del conocimiento médico.

En la perspectiva social, el proceso ha significado que muchas comunidades no dispongan del recurso médico especialmente las que pertenecen a municipios pobres y lejanos, o bien que éstos roten con frecuencias no deseables y se esterilice gran parte de sus capacidades.

No se ha realizado una evaluación de la gestión municipal, ni una discusión técnica a nivel ministerial sobre la materia, ni tampoco algún sistema de consulta que comprometa la opinión de usuarios, prestadores directos y sus organizaciones gremiales.

Los fundamentos de los que planificaron y ejecutaron el traspaso y los que lo han sostenido en este gobierno son:

- a) sería una medida de descentralización real
- b) mejora la eficiencia de la gestión
- c) facilita la participación social y por ende contribuye a la democratización de la gestión.

Nada de ello tiene necesariamente asidero teórico, ni tampoco se ha demostrado empíricamente que así suceda.

A pesar de que esta problemática es de manejo público, el Gobierno ha remitido al Parlamento un proyecto que procura impedir posibles revisiones, traspasando por Ley la propiedad de los centros asistenciales a los respectivos municipios donde están situados.

#### 4. Problemas particulares del Sistema Público

Los recursos humanos están vastamente desarrollados, con excepción de las enfermeras universitarias; sin embargo, están mal distribuidos en el país y entre los subsistemas público y privado.

La variedad profesional y la presencia de especialistas en Hospitales y Consultorios sigue siendo la propia de tres décadas atrás, con escasas excepciones, entre las que destacan imagenólogos, endoscopistas y laboratoristas en los hospitales y los kinesiólogos en los Consultorios en relación a los programas de IRA.

Especialidades como la homeopatía y la acupuntura, técnicas científicamente fundadas y con gran uso en países desarrollados, no sólo no se utilizan a pesar de sus promisorios resultados y ser recomendados por la OMS, sino que no existe a nivel universitario ningún esfuerzo serio por formar personal de salud en estas especialidades y técnicas.<sup>11</sup>

Chile contaba en 1992 con 1 médico por cada 881 habitantes, pero en el sistema público esta proporción se reduce a 1 por cada 1.560 habitantes. La distribución de especialistas es aún más inequitativa entre las regiones y entre los componentes público y privado.

Desde que los Consultorios Generales no adosados y Postas Rurales son de administración municipal, los Servicios de Salud concentran gran parte de su actividad en la atención de especialidades y hospitalización. Con todo, a nivel clínico se observa ausencia de normas y estándares técnicos, asociados a la crisis de los sistemas de información y control.

La función normativa y de supervisión a los establecimientos traspasados es débil, en cambio, los hospitales mantienen la asistencia directa a más de un centenar de comunas, sin equipos de salud municipal.

En el plano tecnológico, hasta 1973 Chile había estimulado la producción nacional de inmunizantes, productos farmacéuticos y equipamiento médico, incluso de diálisis. Dicho desarrollo tecnológico se congeló o desapareció, hecho notable en un país que detenta la masa crítica de ingenieros, técnicos, empresarios y capacidades exportadoras y el potencial de desarrollo implícito en este campo. Tampoco es casual que el sector no haya formulado explícitamente una política de ciencia y tecnología, situación que refleja lo que ha acaecido en el país como un todo.

11. A mediados de la década de 1980 el gobierno como parte de la cooperación técnica con su homólogo chino, recibió docentes en Medicina Tradicional China que se desempeñaron en el Hospital Paula Jaraquemada, a la vez que el Ministerio de Educación becó estudiantes chilenos a Universidades chinas para estudiar esas mismas materias.

El sistema de salud en Chile se financia básicamente a través de un impuesto obligatorio del 7% de las rentas brutas de todos los trabajadores, más los ingresos propios por concepto de venta de bonos y servicios en el caso del sistema público.

El subsector público en crisis es responsable no sólo de la asistencia al 73% de la población,<sup>12</sup> sino también de financiar o realizar la acciones preventivas y de fomento de la salud para el 100% de la población.

## E. EMERGENCIA DEL PARADIGMA PRIVADO DE SALUD

En 1981 el Gobierno Militar hace explícita su política para estimular el desarrollo del sector empresarial de salud. Aprueba el DFL N° 3 que en lo discursivo "permite al trabajador cotizante optar por depositar su cotización obligatoria (3%) en Fonasa o en las Instituciones de Salud Previsional", que crea ese mismo Decreto.

Esta iniciativa crea instancias que administrarán los fondos previsionales de salud de los trabajadores y suprime por tanto el fondo único existente hasta ese momento para financiar las prestaciones de salud.

El sistema creado y sus implicancias para la salud pública, intencionalmente buscadas, sólo puede comprenderse en las condiciones de excepcionalidad gubernativa y legislativa; es difícil imaginar su concreción en otro contexto.

La excepcionalidad de la situación creada es también inédita en el mundo. No se trata de un seguro que libremente puede contratar cualquier ciudadano para cubrir aspiraciones más allá de las condiciones de comodidad o calidad que pueden brindar los servicios sociales; tal aspiración, absolutamente legítima, supone un sistema de financiamiento diferente que no suplante los compromisos con la seguridad social de cada ciudadano. Se trata de un híbrido que utiliza el carácter compulsivo de la seguridad social y por otra parte hace uso de todas las libertades que permite un contrato privado, formulado unilateralmente en forma de menú, que no se responsabiliza por los aspectos preventivos ni de fomento, de escasa trans-

parencia en lo curativo para el usuario y con exclusiones, omisiones y límites que permiten el término de contrato en condiciones de necesidades de salud extrema.

Además, la Ley provee de una serie de subsidios cruzados a las ISAPRE desde el sector público, algunos directos (monetarios) y otros indirectos (prestaciones a usuarios que no son canceladas).

Las nuevas estructuras creadas disputan al sistema de salud público los aportes previsionales, su más importante fuente de financiamiento,<sup>13</sup> desplazándolo poco a poco de la competencia, a través del mecanismo de desfinanciamiento que afecta la cantidad, calidad y oportunidad de la atención en el sistema público; se echan así las bases que dan carácter crónico a la crisis de uno y a la solvencia y desarrollo del otro.

## F. RESULTANTES DEL NUEVO MODELO DE SALUD CHILENO

Los cambios acaecidos provocan un reordenamiento sectorial con los siguientes resultados:

1) Crisis subintrantes en el sistema público y subsistemas dependientes, principalmente en lo financiero y en recursos humanos.

2) Desvalorización del concepto de salud en tanto derecho replanteándolo como bien transable. La prestación de salud es enajenada, de fin en sí misma a medio para el lucro.

3) La migración de contingentes importantes de recursos técnicos altamente calificados desde los hospitales públicos y Universidades al desempeño exclusivo en el subsector privado, así como del contingente mayoritario de altas rentas y cotizaciones para salud al subsistema ISAPRE.

4) El tipo de seguro de salud creado legitima la idea regresiva del copago además del prepago, lo que para los grupos de menores de ingresos es excluyente y desestabilizador. (Las emergencias y problemas catastróficos suelen exponer a la indigencia médica también a los grupos de ingresos medios).

5) Se establece y legitima el acceso desigual a distintos niveles de prestaciones (planes diferenciales) para las necesidades de salud homólogas.

12. Porcentaje basado en los resultados de Encuesta CASEN, que por metodología no reconoce la disociación entre la adscripción previsional y sistema de atención habitual, ni los centros de atención usados por "particulares", que representan un porcentaje estable en todos los quintiles.

13. Concurren a la expansión del subsistema privado:

a) el financiamiento por cotizaciones obligatorias con selectividad sobre las rentas altas y medias; b) los subsidios regresivos; c) la utilización de la excelencia técnica desarrollada en los establecimientos públicos, y d) las limitantes burocráticas y reglamentarias que impiden al sector público competir en iguales condiciones que el sector privado.

6) De los beneficios del sector administrador de fondos previsionales privado, una parte marginal se reinvierte en salud o se traduce en aumento de las camas hospitalarias.<sup>14</sup> Esta situación conducirá a una fuerte presión por obtener concesiones de hospitales en el sistema público que permitan mejorar la oferta de camas y servicios complejos a sus afiliados.<sup>15</sup>

7) Ingentes gastos en publicidad y comunicación social en el subsistema privado. Paralelamente el sector público sacrifica estas áreas con el consiguiente costo en imagen.

8) Emergencia de un poder económico y político extraestatal, capaz de intervenir en la defensa y promoción de sus intereses corporativos.

9) Se establece la condición necesaria para el viraje del ejercicio liberal de la medicina al ejercicio asalariado, bajo la influencia del poder económico y su dinámica.

10) En el contexto de los desafíos epidemiológicos vigentes entre los cuales destacan el rol de la morbilidad crónico-degenerativa y el impacto de los estilos de vida, se plantea una organización de salud con mayor prescindencia del Estado y su sustitución por el despliegue de las posibilidades de cada cual, considerando que dichos problemas en gran parte serían responsabilidad de cada persona, de sus hábitos, conductas y estilos de vida. Esta noción está presente en los discursos privatizadores y de algunos estilos de organización propuestos para superar la crisis.

11) La administración de los recursos modifica sus énfasis; el discurso se hace tan amplio e "integral", que la existencia misma de los hospitales es cuestionada, y deslegitimados como "mal necesario".

12) La profesión médica, intérprete de esta realidad ante la comunidad, no logra imponer su rol. Los valores y ética del ejercicio han sido cuestionados y sus reivindicaciones presentadas como carentes de legitimidad o humanidad.

## G. PROBLEMAS DE GESTION EN EL SECTOR PUBLICO

Los servicios públicos atraviesan una situación difícil, ello se expresa en las dificultades para brindar asistencia y otorgar acceso a los diferentes escalones de complejidad. Además, los métodos

con que se enfrentan los problemas no se innovaron sustancialmente por casi dos décadas.

Los factores determinantes de la crisis, según importancia serían:

- a) Financiamiento insuficiente; inadecuado sistema de captación y asignación de recursos. (US\$ 98 de gasto per cápita en el sector público, contra US\$ 240 en el sector privado. Además, se debe considerar que el monto público incluye los subsidios cruzados que van a las ISAPRE y que en cambio el monto de éstas no incluye los copagos).
- b) Falencia de recursos humanos, estimada en alrededor de 10.000 cargos, consecuencia de limitaciones legales de plantas, bajas remuneraciones, ambiente y condiciones de trabajo inapropiados, ausencia de carrera funcionaria y falta de expectativas de desarrollo al interior del sector público.
- c) Deterioro y obsolescencia de planta física y equipamiento de hospitales, retraso tecnológico y limitaciones en el uso de los recursos por problemas organizacionales.
- d) Cobertura insuficiente y bajo poder resolutivo del componente ambulatorio de la red asistencial, sobresaturada en los complejos urbanos, con problemas de calidad y dificultades de dotación de recursos técnicos.
- e) Déficit de camas en sus cuatro vertientes:
  - Camas no operativas (cerradas) por razones de recursos;
  - Camas insuficientes para satisfacer la demanda de la población de acuerdo a estándares técnicos;
  - Camas disminuidas en sus capacidades operativas por limitantes (insumos, equipos o RR.HH) que afectan su pleno aprovechamiento;
  - Déficit absoluto de camas en sectores en que debiendo haber oferta no existe.
- f) Insuficiencias organizacionales y de gestión que afectan al sistema en su globalidad, con particular énfasis en los sistemas de información y en métodos de dirección obsoletos.

## H. RESUMEN Y CONCLUSIONES

El sistema de servicios públicos de salud como conjunto vive una crisis, incluido el sistema de

14. Hace excepción CONSALUD que ha realizado inversiones en infraestructura asistencial en la capital y regiones y que parece estar dispuesta a continuar esa línea de acción

15. La experiencia del H. Paula Jaraquemada es pionera con el paso de dos corporaciones privadas que marcharon a la quiebra.

atención financiado por FONASA en su "Modalidad de Libre Elección". La situación más crítica es la referida a los recursos humanos y financieros. Al contrario, el sector privado se desarrolla a plenitud o sufre escasas restricciones.

Tal combinación de factores responde al modelo político implementado por el anterior régimen en el sector salud. **Su superación pasa necesariamente por un plan estratégico de largo plazo que apunte a reorientar globalmente la misión y los contenidos de la actividad sectorial.**

La expresión práctica de las carencias del sistema de salud chileno en su conjunto al asumir el Gobierno democrático estribaba en:

- Desigualdades en el acceso a la salud y en el tipo de atención recibidos por distintos estratos poblacionales.
- Desfinanciamiento de larga data del sistema público.
- Postergación y profundo malestar en los recursos humanos del sistema público por la situación salarial, condiciones de trabajo, ausencia de incentivos y participación en la formulación de las políticas que los afectan.
- Deterioro en los procesos técnico-administrativos. Obsolescencia de las normas y los procedimientos. Ausencia de los estándares técnicos apropiados en los ámbitos clínico y de soporte.
- La estructura de la atención hospitalaria (morbilidad, procedimientos, costos reales, calidad) es poco conocida, tardía y su uso para la gestión es dudoso; situación análoga se observa en la atención ambulatoria. Las encuestas poblacionales que informan acerca de las percepciones y demandas señalaban que éstas desbordaban el perfil de servicios recibidos.
- Rechazos, colas, largas listas de espera, postergación de interconsultas, hospitalizaciones, exámenes y procedimientos.

## I. LAS RESPUESTAS A LA CRISIS EN EL SISTEMA PÚBLICO

Desde 1990, al sector público se han aportado recursos con características claramente redistributivas: se implementó la gratuidad de la atención en el nivel primario; refuerzo de los equipos de salud en consultorios de barrios populosos; ampliación del horario de atención.<sup>16</sup>

Durante el mismo período se han realizado esfuerzos por mejorar el nivel de rentas del personal de salud y en los hospitales se desarrollan planes de renovación y equipamiento tecnológico e industrial.

El Gobierno del Presidente Aylwin ha mejorado el presupuesto para superar los niveles de endeudamiento, adquirir insumos, mejorar la mantención, el equipamiento y en especial mejorar las rentas y las plantas de personal. Lo anterior se ha traducido en un incremento del gasto fiscal en salud como proporción del PGB, desde el 0,767% en 1989, que aumentó a 1,242% en 1992, para llegar a 1,321 en 1993.

Los esfuerzos en los últimos años, tendientes a modificar los condicionantes principales, han contado con apoyos financieros de gran envergadura como el del BID y Banco Mundial por montos cercanos a los US\$ 500 millones, y otros bilaterales de menor magnitud. No obstante, la inversión no se ha concretado más allá de una quinta parte, se cuestiona la eficacia de una parte de la inversión realizada y se polemiza acerca de los modelos propuestos para la atención de salud pública. La situación de las ISAPRE no ha sido tocada y el sistema público (FONASA) sigue perdiendo sus cotizantes.

En el plano programático las innovaciones son pocas, destacando la ampliación de cobertura y gratuidad en la atención primaria, los proyectos de acortamiento de listas de espera, la recuperación de cargos de médicos y dentistas generales de zona, y de 2.500 nuevos cargos a las plantas sectoriales.

Los problemas pendientes se expresan en lo gremial como agitación laboral, en lo administrativo como descoordinación y ausencia de políticas explícitas e integrales, dificultades para componer consensos en torno a temas fundamentales, pobreza en propuestas legislativas.

Los logros parciales en la consecución del programa y las insuficiencias de gestión pueden ser atribuidos a la falta de una postura activa en las autoridades y equipos asesores en función del programa ofrecido. Ello demandaba mejorar las capacidades de interlocución con los ministerios políticos, los asignadores de recursos y el Parlamento; además se requería elevar el nivel técnico y la idoneidad del personal del Ministerio de Salud.

16 Estas iniciativas tienen detractores que piensan que tales medidas, necesarias, al prolongarse en el tiempo han contribuido a postergar soluciones definitivas como la construcción de los 69 Consultorios que presupuestaron los equipos técnicos de la Concertación.

## II. PERCEPCION DE LOS USUARIOS, FACTORES CONDICIONANTES E INTERSECTORIALIDAD

### A. ELEMENTOS DE LA INTERSECTORIALIDAD

La salud como fenómeno social y humano tiene determinación múltiple. El rol de los servicios de salud según el caso llega a ser crucial o de incidencia mínima.

En afecciones como las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) la participación de los componentes medioambientales, la exposición a las inclemencias climáticas, la calidad de la vivienda, la vestimenta, el combustible utilizado en el hogar, la educación de los padres, el tipo de trabajo y su remuneración, así como el acceso a los servicios médicos son factores determinantes y ante los cuales el sector salud sólo puede operar a través de una red de interacciones con otras instancias de gobierno, la comunidad, la escuela, la familia e instituciones no gubernamentales.

Un nivel de complejidad semejante tiene el abordaje de la cirrosis, la tuberculosis, el embarazo no deseado y juvenil, el beber excesivo, las dependencias de fármacos y drogas, la violencia como problema de salud, el saneamiento ambiental, la salud de los trabajadores y del entorno laboral, la salud del escolar, la seguridad vial y del transporte, el manejo de agroquímicos y pesticidas, el uso domésticos de tóxicos y elementos peligrosos, las ETS y la promoción del consumo de tabaco y alcohol por el medio televisivo y asociado al deporte. Buena parte de estos problemas son objeto de programas especiales en países desarrollados, donde se han definido como problemas de salud pública y de Estado.

El conocimiento de la percepción de los usuarios acerca de los servicios que reciben para su bienestar y el cuidado de su salud, es también un problema que ha llegado a ser trascendente y que debe ser investigado periódicamente.

#### 1. La apreciación general de la salud

Contrastando con el perfil auspicioso que arrojan los indicadores directos e indirectos de mortalidad, la percepción dominante en la población es de insatisfacción por la **calidad** de la atención de salud y por las **dificultades de acceso** a ella, especialmente a los niveles de mayor complejidad. Así lo demuestran las múltiples encuestas de opinión realizadas durante los años de gobierno militar y otro tanto ha ocurrido en los últimos cuatro años.

Si bien los determinantes de salud desbordan con mucho el ámbito de acción sectorial, no cabe dudas que el desempeño de éste y su perfil resolutivo es fundamental en el cambio en la percepción de la población.

La percepción de los usuarios del sistema público tiene su explicación en la reducción de recursos sufrida por casi dos décadas en el sector público, con la pérdida consecuente del liderazgo sectorial y acumulación de las demandas insatisfechas en puntos críticos.

En el sistema privado, las explicaciones de la insatisfacción son más variadas y van desde la ausencia de cobertura real para necesidades específicas, pasando por la falta de transparencia y unilateralidad de los contratos, hasta la sensación de ser tributarios de un éxito económico que, llegado el caso, no retribuye solidariamente.

#### 2. Diversidad geográfica y su expresión en salud

A lo anterior debe sumarse que la diversidad territorial de nuestro país plantea desafíos serios para la planificación, financiamiento y provisión de atención de salud a los servicios públicos encargados de brindar cobertura, por las evidentes dificultades y consecuencias en términos de organización y costos diferenciales de atención propios de cada situación particular.

La diversidad geodemográfica se asocia a la diversidad en el acceso a bienes y servicios, situación que se expresa en condiciones de salud y medio ambiente deterioradas para los grupos de más bajos niveles socioeconómicos. Los sectores de más bajos recursos presentan indicadores de salud comparables a los de los años 60, y aquellos con mayores recursos presentan indicadores similares a países desarrollados.

La situación descrita deviene más difícil, si se considera que la municipalización de los establecimientos agrega dificultades como: distintas políticas, distintas experiencias, recursos financieros y diferente capacidad de atraer técnicos, descoordinación, etc.

#### 3. Problemas de medio ambiente

Mundialmente, los gobiernos han llegado a percibir en forma creciente la conexión íntima entre las prioridades del desarrollo y las cuestiones ambientales y a entender que el desarrollo y la protección ambiental no son necesariamente conceptos contradictorios, convenciéndose en general de que las



prácticas ambientales racionales son esenciales para la salud, el bienestar y una productividad sostenida.

En Chile la política de desarrollo, permisiva con la contaminación y la sobreexplotación de los recursos naturales y la fuerza laboral, determinó un sector salud disminuido en su rol normativo y fiscalizador. El sector salud perdió atribuciones y competencia, las que fueron "asumidas" por los sectores productivos.

La dificultad para establecer una coordinación transectorial impidió desarrollar las estrategias de prevención de los problemas ambientales con impacto en salud. Al interior del sector, los programas de salud del ambiente perdieron importancia y centralidad. Lo anterior coincidió con una drástica reducción de los recursos humanos y técnicos de los Departamentos del Ambiente para cumplir sus funciones.

No se conoce la verdadera magnitud del deterioro ambiental en Chile. Las actividades de control continúan funcionando por denuncias o hallazgos puntuales y en ausencia de un plan estratégico.

La precariedad de la vigilancia epidemiológica ambiental impide conocer el impacto sobre la salud de las personas por los problemas ambientales y dificulta establecer las prioridades programáticas y asignar en forma adecuada los recursos.

Los diagnósticos sectoriales y extrasectoriales coinciden en señalar como los principales problemas ambientales del país aquellos que son propios del subdesarrollo: inadecuado abastecimiento de agua potable, tanto en cobertura efectiva de servicios como en cantidad y calidad de agua en los sectores rurales dispersos; disposición final inadecuada de residuos sólidos en ciudades medianas y pequeñas; inexistencia casi total de tratamiento de aguas servidas; asentamientos humanos irregulares o transitorios que carecen de los servicios sanitarios básicos; déficit de viviendas y mala calidad de éstas; permanencia de reservorios de agentes patógenos en animales e insectos vectores; deficiencias en la calidad sanitaria de los alimentos; condiciones inseguras en la actividad laboral, etc.

#### **4. La salud ocupacional**

La situación descrita es enteramente aplicable a la salud ocupacional, de la cual se desconoce el universo de empresas afiliadas al INP - SNSS. La vigilancia epidemiológica es débil, discontinua y desconectada de las decisiones. A su vez, el registro de accidentes y enfermedades profesionales existente no es confiable por la subnotificación.

No se ha planteado la integración de los programas de salud del adulto a la dimensión laboral.

Los problemas señalados dificultan establecer prioridades y seleccionar las actividades programáticas ya que no se conocen los riesgos potenciales ni la gravedad de los daños asociados, la población expuesta ni la factibilidad de la posible solución.

#### **5. Saneamiento básico**

En el saneamiento básico el país ha logrado altas proporciones de población urbana abastecida de agua potable (97.7%). El contaminante de mayor riesgo observado es el arsénico que afecta al 1.6% de la población abastecida. En ciudades del norte y grandes ciudades, grupos poblacionales carecen de la continuidad y los volúmenes necesarios del suministro.

En las áreas rurales concentradas, se estima que para 1987 más del 71% de la población contaba con agua potable domiciliaria o de fácil acceso.

La población urbana cubierta con alcantarillado alcanza al 80.8%; esta proporción va en aumento sistemático.

Sin perjuicio de lo anterior, como los servicios de agua y alcantarillado son de administración independiente, la población en condiciones de indigencia crónica o puntual, en la práctica es privada del suministro y los servicios son cortados por no pago, siendo ello especialmente desastroso en los grupos poblacionales expuestos a múltiples riesgos sociales y biológicos.

Así, la población en estado de precariedad sanitaria se multiplica mucho más allá de los asentamientos precarios que denota el censo.

#### **6. La urbanización inorgánica y sus problemas**

El fenómeno de crecimiento e inmigración mayor se produce en la Región Metropolitana producto del auge industrial que deviene tras la segunda guerra mundial y la estrategia de sustitución de importaciones. Paralelamente el servicio doméstico demandó una creciente inmigración femenina que derivó posteriormente en obreras fabriles y empleadas de comercio.

La rebaja de los aranceles aduaneros, los incentivos a la exportación y la política de apertura de las fronteras, sumados a la crisis en el modo de producción tradicional del agro chileno, ya iniciado con los procesos de reforma agraria de las décadas del 60 y 70 y continuada con el proceso de explotación

tecnológica intensiva del campo, constituyeron una fuerza creciente para la corriente migratoria rural - urbana.

Las consecuencias de este fenómeno apenas modulado por las autoridades, en décadas pasadas, fueron desconocidas por las autoridades en los primeros años del gobierno militar, para plantear luego soluciones inorgánicas, de bajo costo y alto número de beneficiarios. Se privatizaron las soluciones y se suprimió la planificación urbana, derogándose los planos reguladores. Las exigencias sanitarias y el equipamiento comunitario se redujeron a su mínima expresión.

Los complejos así construidos se poblaron con habitantes de diferentes procedencias, erradicaciones y otros elementos restrictivos que complicaron la inserción local, con consecuencias graves en la salud mental, la convivencia y las prácticas sociales.

El parámetro fundamental que define la precariedad de ese medio es la proporción de varones con empleo estable y los niveles de ingresos medios. Como se explicó anteriormente, la desocupación de los jóvenes en las comunas pobres triplica y cuadruplica la de las comunas de más altos ingresos, en tanto que el nivel de ingreso de los ocupados aún muestra diferencias mayores.

La precariedad de la urbanización ha afectado también a barrios residenciales caros, como lo demuestran las desastrosas crecidas del Mapocho, pero evidentemente son más graves en las poblaciones de más bajo nivel socioeconómico, donde los colectores de aguas lluvias son desconocidos el metraje de construcción por familia garantiza el hacinamiento y promueve la promiscuidad.

Este contexto junto a los trastornos de la salud mental agudiza los problemas de violencia y accidentes, las afecciones respiratorias, los problemas infecciosos intestinales, las ecto y endoparasitosis, las ETS y el embarazo juvenil, entre otros.

El mismo fenómeno a escala reducida se ha ido produciendo en las regiones y principales ciudades. El origen campesino de gran proporción de los migrantes dificulta sus desempeños frente a las habilidades demandadas por la vida ciudadana.

Los hijos de los migrantes rural urbanos reciben parte de la carga social de sus padres, expresada como subnutrición, violencia, deprivación psicoafectiva, trastornos del lenguaje y reducción del rendimiento escolar, que deriva en ausentismo y luego deserción escolar, como lo muestran los estudios que la UNICEF efectuó a fines de la década del 80 y principios del 90.

## 7. La intersectorialidad y la participación

Por definición, los sectores de la vida nacional corresponden a divisiones de la función administrativa del Estado. Es a este órgano a quien corresponde su delimitación, planificación y coordinación. Sin embargo, su concreción, lograr los compromisos y definir las metodologías y responsabilidades, es materia compleja y difícil tanto a alto nivel cuanto al interior de las instituciones.

Las intervenciones aparentemente simples, como la distribución de alimentos por parte del SNSS, JUNJI y JUNAEB, no han logrado integrarse adecuadamente.

Se ha planteado la conveniencia de crear un supraministerio de bienestar social, o de la familia, sin que a través de ello se perfile el surgimiento de la necesaria interacción sectorial.

Por otra parte, los aspectos netamente sectoriales son una vertiente, otra la constituyen las agrupaciones sociales, políticas, religiosas, gremiales, etc.

Cualquier política que procure la coordinación de los recursos y esfuerzos para mejorar la salud, debe superar los límites burocráticos que enmarcan los sectores, debe combinar la transectorialidad y la participación activa de los actores sociales y políticos, con metodologías técnicamente probadas y una orientación doctrinaria compartida. Este punto es crucial.

La autonomía de los municipios legislada en este gobierno no ayuda en esa dirección, aunque pueden explotarse sus posibilidades. En los aspectos transferidos por el DL 1-3063 que municipalizó la educación, parte de la actividad de salud y de la atención de menores, no parece haber progresos sino resultados regresivos; en cambio, el municipio históricamente ha acometido con éxito funciones relacionadas con el saneamiento básico, la recreación, la asistencia social, la planificación urbana, autorizaciones de negocios, talleres y faenas, registros y similares, atención de emergencias y otras.

En salud se percibe una función municipal asesorando la planificación de la salud a brindar, aportando al diagnóstico y evaluación, representando el sentir y problemas de la ciudadanía, pero no en la ejecución misma de los programas, ya que en ese caso pasan a constituirse en juez y parte, amén de que sus cuadros administrativos y técnicos, en gran proporción, carecen de la idoneidad necesaria. Su obtención en el "mercado" supone una acentuación de las inequidades, tal como se ha visto desde que se inició el proceso.

En síntesis, la intersectorialidad y la participación derivan de una voluntad y un compromiso político

que debe formularse explícitamente, definiendo sus metas, puntos de control, metodologías y estrategias. Ello en Chile no ha ocurrido y su materialización

exigirá un trabajo arduo, quizás de varios lustros y de más de un gobierno. Lo anterior significa que debe plantearse como una Política de Estado.

## COMISION N° 2: ORGANIZACION DEL SECTOR

### INTEGRANTES

Dr. Jorge Sánchez V., Coordinador  
Dra. Noelle Sahli  
Dr. Lionel Bernier  
Ing. Alfredo Aguilera

Dr. Alfredo Estrada  
Dr. Rafael Ferrer B.  
Ing. Mario Fuentealba  
Dr. Rafael Ovando

### I. INTRODUCCION

El Sistema de Salud de nuestro país ha experimentado importantes cambios en su trayectoria. Tal es así, que antes de los inicios de la década de los 50 existían numerosas Instituciones preocupadas de la atención de la salud de la población, cuya formación se adscribía y circunscribía a las Instituciones previsionales o Mutualidades de diversos sectores, que se reunieron, más tarde, en la Beneficencia Pública.

A comienzos de la década de los 50 se conformó el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.) y más tarde, en la década de los 60, se crearon el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y las Mutuales de Seguridad.

En la década de los 80, se constituyó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) con 27 Servicios de Salud, y se transformó e incorporó el SERMENA al FONASA. Además, se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), formadas y administradas por capitales privados.

Este proceso se desarrolló paralelamente a la transformación del Sistema Previsional, que reunió las antiguas Cajas de Previsión en el Instituto de Normalización Previsional (I.N.P.), organismo dependiente del Estado, y se crearon las Administradoras de Fondos de Pensiones (A.F.P.), constituidas y administradas por el sector privado.

Actualmente el Sistema de Salud chileno es mixto y está conformado por dos grandes Subsistemas:

1) *El Subsistema Público*: constituido por los Servicios de Salud y todas las Instituciones dependientes del Ministerio de Salud (MINSAL) y los Consultorios Municipalizados. Con sus dos Modalidades de Atención: la Institucional (a través de los Hospitales y Consultorios) y la Libre Elección (a cargo de FONASA).

2) *El Subsistema Privado*: conformado por las ISAPRE (abiertas y cerradas), Centros Médicos, Consultorios, Laboratorios y Clínicas privadas y las Mutuales de Seguridad (estas últimas sólo atienden casos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales).

A estos Subsistemas, hay que agregar la participación desde el punto de vista financiero, del Fisco (aportes al Subsistema Público y transferencias tanto al Subsistema Público como Privado); las compañías de Seguros (cubren los gastos por accidentes y otros siniestros, que vulneran la salud de los beneficiarios contratantes); las Cajas de Compensación (C.C.A.F.) y los Servicios de Bienestar de empresas e instituciones (cubren, en algún porcentaje, los gastos de salud de sus afiliados); además, cabe mencionar la participación de otras entidades, como: Cruz Roja y diversas O.N.G. (que reciben recursos del exterior).