

Historia del Sistema de salud Chileno

PhD, Mgs, Dr. Vladimir Pizarro D.

Época Colonial

Etapa de la caridad (1541 - 1800)

La historia del **Sistema Sanitario** nace con la llegada de las **Órdenes Religiosas**

Se caracteriza por la **gestión de la buena muerte**



Época Colonial

Financiamiento de la salud a través de **diezmos**, **arriendo** de propiedades, **prestación de servicios** a esclavos y militares, **limosnas** y **cultos** de iglesia



Época Colonial

Primero utilizaron **construcciones nativas preexistentes**, anexos a sus **conventos** o destinando zonas interiores de ellos

Para desarrollar luego **Hospitales** gestionados a través de los Hermanos de San Juan de Dios



Época Colonial

1541, Corona española dicta **ordenanza** que obligaba a **fundar hospitales**

1552 por orden del Rey Carlos I de España, se funda el **Hospital San Juan de Dios**



Época Colonial

1547 Cabildo de Santiago ordenanza de salubridad para la **obtención de agua desde el manantial de Tobalaba**, ya que la del Mapocho se había declarado insana; además de obligar a los indígenas – esclavos a limpiar las calles

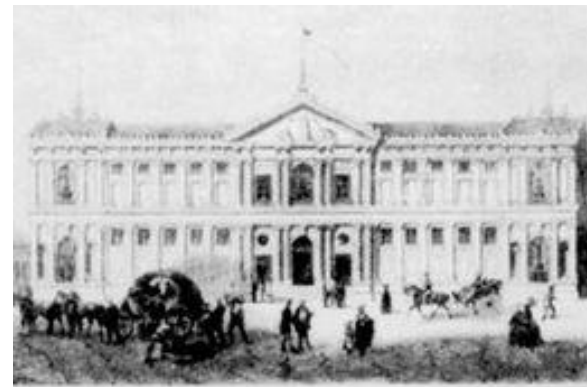


Época Colonial

1566 Creación
Protomedicato:
ejercicio de
profesión
médica,
epidemias y la
salubridad



1758 estudios
oficiales de
medicina
creación de la
**Universidad de
San Felipe**
(Felipe V)



Época Colonial

Hasta **1786**, los estudiantes debían finalizar sus estudios en la Universidad de San Marcos de **Lima**, esto cambia con la declaración del Rey Carlos III, la total independencia del Protomedicato chileno del de Lima



Época Colonial

1589 “cordones sanitarios” o control de viajeros con sospecha de enfermedad (Viruela-Sarampión) en **Casablanca** y el **“Paso Zapata”**

Se declaraba en **“cuarentena”** a la persona enferma y el rompimiento de ésta significaba incluso la **condena de muerte**. Se practicaba la **quema de útiles** y ropas del enfermo



Época Republicana

Etapa de estructuración republicana (1800-1850)

A comienzos del siglo XIX, se crearon diferentes **instituciones tendientes a estructurar la orgánica del sector salud**



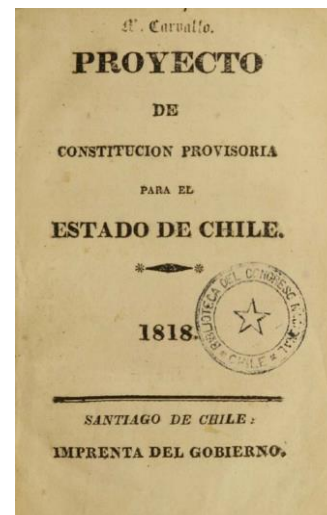
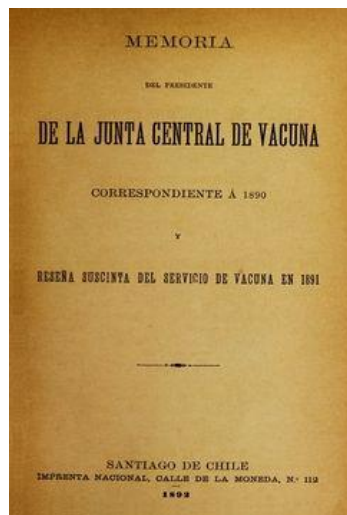
Época Republicana

1808 creación
Junta Nacional de Vacunas, se inicia
vacunación
nacional

Constitución provisoria **1818**

D.S. Bernardo O'Higgins

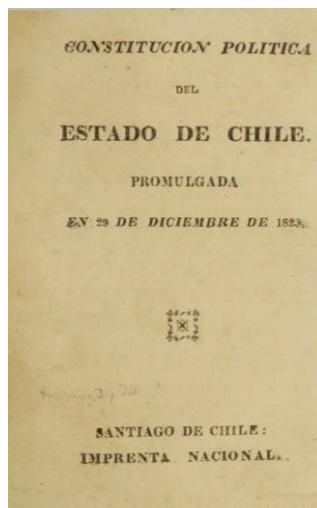
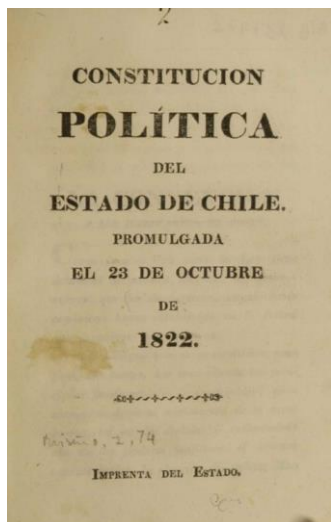
“Los **cabildos** deberán **fomentar**
el adelantamiento de la
población, industria, educación
de la juventud, **hospicios**,
hospitales, y cuando sea
interesante al beneficio público”



Época Republicana

Constitución 1823
 D.S. Ramón Freire
 Uno de los Regidores Municipales "...Cuida de los hospitales, hospicios, casas correccionales y de todos los institutos de beneficencia y misericordia"

Constitución 1822
 D.S. Bernardo O'Higgins
 " "



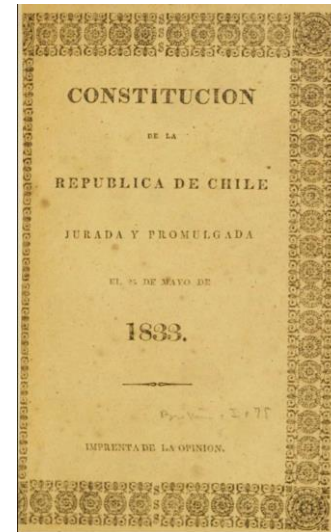
Constitución 1828
 Francisco Antonio Pinto
 Son atribuciones de las Municipalidades "...Los hospitales, hospicios, panteones, casas de expósitos y demás establecimientos de beneficencia..."

Época Republicana

1832 creación **Junta Central de Beneficencia y Salud Pública,**

Entidad privada

responsable de establecimientos de beneficencia y salud pública de la capital y provincias



Constitución 1833

José Joaquín Prieto

Son atribuciones de las Municipalidades “Cuidar de los hospitales, hospicios, casas de espósitos, cárceles, casas de corrección i demás establecimientos de beneficencia...”



Medicina Social

Etapa de la participación del Estado (1850 - 1960)

Chile vive de cerca la **incorporación** de las **doctrinas sociales** y de las **políticas** predominantes en el mundo **occidental**

La **industrialización** trajo a Chile **conventillos obreros** y **malas condiciones de trabajo**



Medicina Social

Etapa de la participación del Estado (1850 - 1960)

Entre **1850 y 1900** ocurren **grandes epidemias** de sífilis, tuberculosis, cólera y viruela

La **elite gobernante** ve con preocupación la expansión de estas **enfermedades** entre los **obreros y la milicia**, ambos sectores claves en el desarrollo económico del país

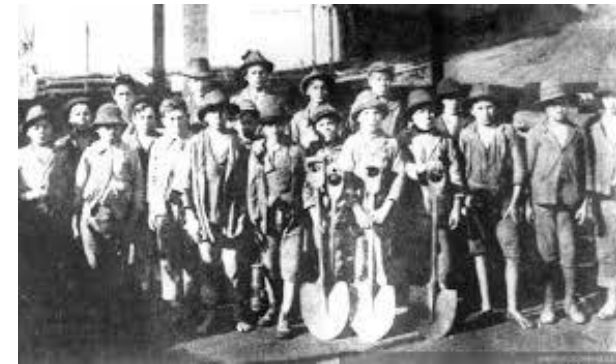


Medicina Social

Etapa de la participación del Estado (1850 - 1960)

El movimiento obrero organizado produce contradicciones al interior de las propias elites oligárquicas

La elite se sensibiliza y el Estado empieza a sentirse responsable de estos problemas y cambia la conducción de la salud, tradicionalmente entregadas a las beneficencias, las organizaciones caritativas y los cabildos municipales



Medicina Social

1850 se crean las **Sociedades de Socorros Mutuos**
Sistemas solidarios de ahorro privado



1875 se transforma en la **Junta de Beneficencia**, ente privado sin fines de lucro,

para otorgar **prestaciones de salud** y previsión a sus afiliados

1858 se creó la **Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos**
sucesora de la Junta Central de Beneficencia y Salud Pública

financiado por **donaciones y rentas**, más un **subsidio estatal**, administrado por personalidades del mundo social y político de la época



Medicina Social

A fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX se comienza a configurar **el poder** que va a tener **el Estado**



Medicina Social

1891 Ley de organización y atribución a las

Municipalidades que las hace responsables de la **higiene pública** y el **estado sanitario** de la comuna

1887 se crea la **Junta General de Salubridad** para asesorar al gobierno en materias de Salud Pública

1886 la beneficencia pública y los cementerios fue encomendada a la **Sección de Higiene y Beneficencia Pública** del **Ministerio del Interior**

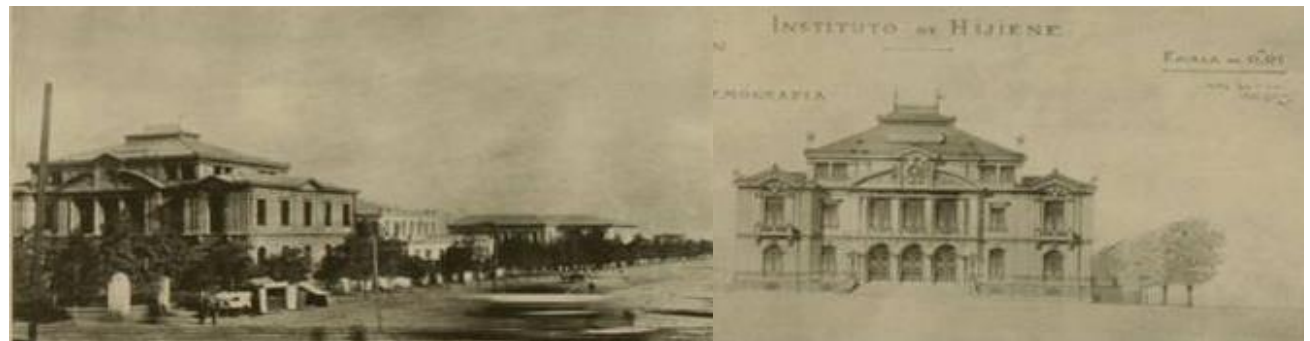
1889 Balmaceda crea el **Consejo Superior de Higiene Pública**, primera institución pública de sanidad en el país



Medicina Social

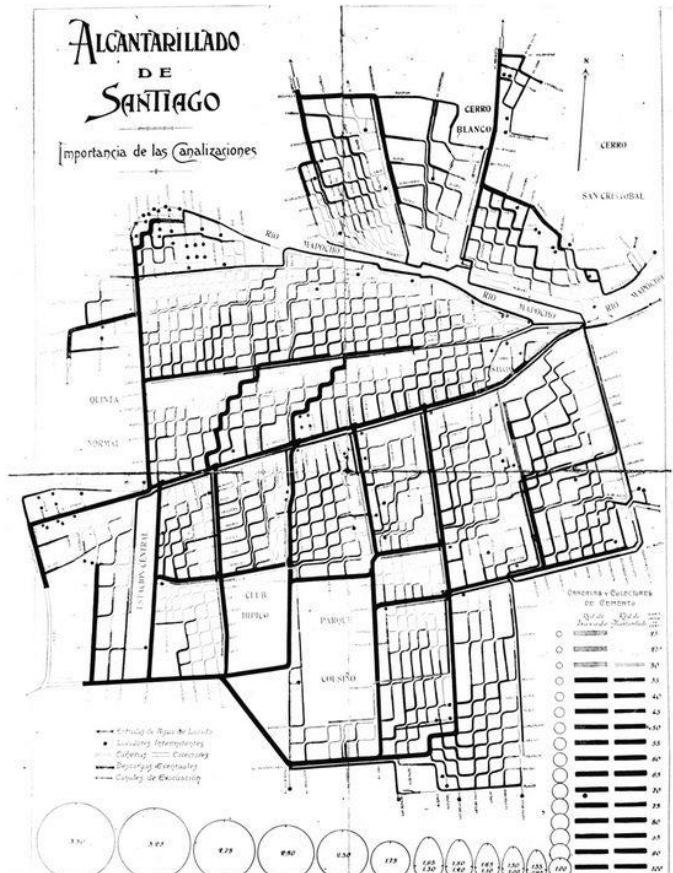
1892 se creó el
**Instituto de
Higiene Pública,**
más tarde **Instituto
Bacteriológico,**

laboratorio de
referencia nacional,
centro productor de
vacunas y de
medicamentos,
centro de
enseñanza de
salud pública



Medicina Social

1906 se construye la red de alcantarillado de Santiago

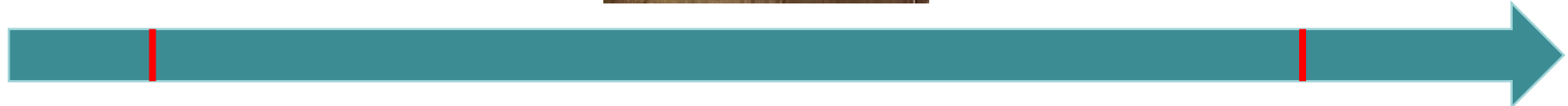


Medicina Social

1917 se crea el Consejo Superior de Beneficencia,



1925 cambia de nombre a Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social



para la administración y construcción de los hospitales, casas de socorro, manicomios, asilos y orfanatos del País



Medicina Social

1918 Primer Código Sanitario, con reformas posteriores en 1925, 1931 y 1967



1924 Promulgación de la ley que crea la Caja del Seguro Obrero y la Caja de Previsión de Empleados Particulares,

reglamenta el ámbito jurídico de las **estructuras de salud, ejercicio de las profesiones médicas y manejo de epidemias**



creado por el Dr. Exequiel Gonzales Cortés, antecedente directo del actual Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Medicina Social

1924 se crea el primer Ministerio de Salud, **Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social**

1953 cambia nuevamente de nombre a **Ministerio de Salud Pública y Previsión Social**



1932 cambia de nombre a **Ministerio de Salubridad Pública**

1959 se divide, creándose el **Ministerio de Salud Pública (DFL N° 25)** y el Ministerio del Trabajo y Previsión Social



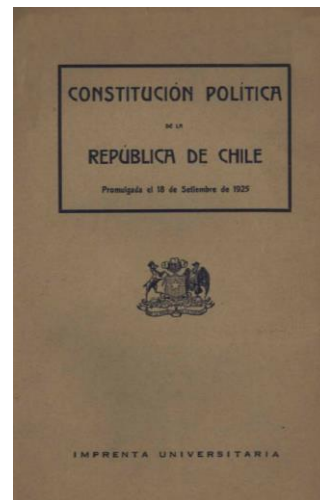
Medicina Social

Constitución **1925**

Arturo Alessandri Palma

A las Municipalidades les corresponde especialmente:

“Cuidar de la política de salubridad, comodidad, ornato y recreo”



Medicina Social

**1942 se crea el
Servicio Médico
Nacional de
Empleados (Sermena)**

**1942 creación de la
Dirección General de la
Protección a la Infancia y
Adolescencia**

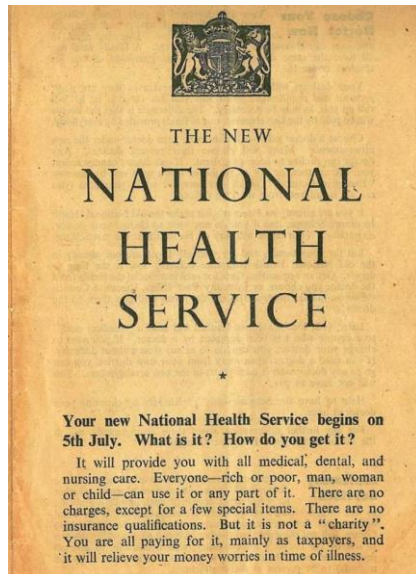
entrega prestaciones de
asistencia médica y
dental de los empleados
públicos y privados bajo
la modalidad de libre
elección (bonos)



Medicina Social

El surgimiento de los **Servicios Nacionales de Salud** en la postguerra como parte del **Estado Bienestar**, es fundamental en la Historia de la Medicina Social

1948 Inglaterra crea el **primer Servicio Nacional de Salud** en el mundo



Medicina Social

A inicios de la **década del 40** el Ministro de Salud, **Salvador Allende**, envía un proyecto de reforma del Seguro Obrero, que buscaba **extender los servicios de atención médica al resto de la población** y dar un fuerte impulso a la integración de servicios, proyecto que dormiría por 12 años en el Parlamento

Medicina Social

Servicio Nacional de Salud (1952 - 1980)

1952, bajo el impulso del Ministro Jorge Mardones Restat, se aprueba la Ley 10.383 que crea el **Servicio Nacional de Salud**, el primero en toda América

Encargado de la **protección y fomento de la salud para toda la población**, de la recuperación de la **salud de los obreros**, esposa e hijos hasta los 15 años

Servicio Nacional de Salud

El SNS es una gran **integración vertical** de las funciones de **financiamiento y provisión** de servicios de salud

Se fusionaron más de **15 instituciones dispersas del sector público**, más los hospitales de la Beneficencia

La integración fue hacia el sector público, es decir, una estatización de la medicina

Servicio Nacional de Salud

Se fusionaron:

- Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social
- Cajas de Seguro Obrero y de Previsión de Empleados
- Dirección General de Protección a la Infancia y la Adolescencia
- Sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial
- Inspección General del Trabajo
- Servicios médicos y sanitarios de las municipalidades
- Instituto Bacteriológico de Chile
-



Servicio Nacional de Salud

Entre 1952 y 1960 ocurre el **establecimiento del SNS** desde el punto de vista institucional, organizativo y de extensión progresiva de sus instrumentos de cobertura

Población con elevada **mortalidad infantil y materna**, alta prevalencia de bajo peso al nacer y **desnutrición**, con alta prevalencia de **enfermedades infecciosas**



Servicio Nacional de Salud

Se implementaron numerosos e **importantes programas sanitarios:**

- Control de desnutrición / Distribución de leche a los niños
- Vacunaciones ampliadas
- Control del niño sano
- Control de la embarazada
- Atención profesional del parto

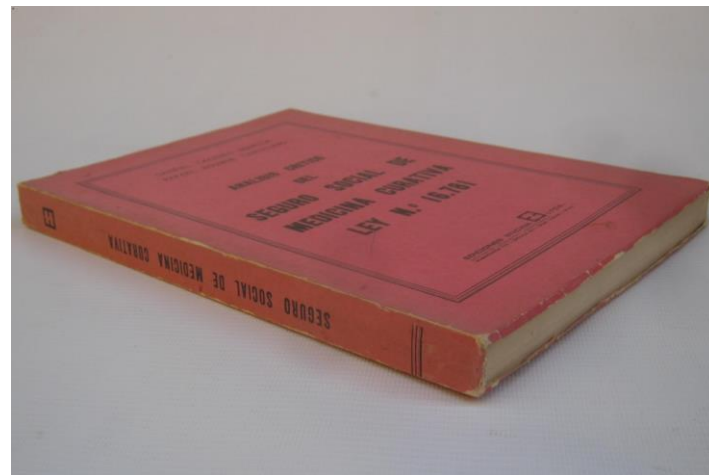
Hacia fines de los años 60 y comienzos de los 70, se ven los resultados logrando una **progresiva mejora de indicadores de salud**

Servicio Nacional de Salud



1968 Ley de Medicina Curativa (16.781) hace una clara diferencia entre obreros (SNS) y empleados (SERMENA)

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

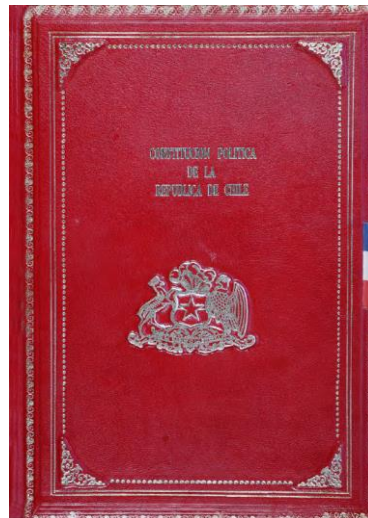


Constitución de **1980**

Augusto Pinochet

“El derecho a la protección de la salud. CPR Art. 19° N° 9

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”



Constitución de 1980

Augusto Pinochet

“El derecho a la protección de la salud. CPR Art. 19° N° 9

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”

Sistema Nacional de Servicios de Salud

Etapa de la descentralización 1979.....

1979 se produce la primera reforma de descentralización (DL 2.763) que crea el **Sistema Nacional de Servicios de Salud** (26 Servicios de Salud)

Sistema Nacional de Servicios de Salud

1980

Se **suprime la Dirección General del SNS**, era nombrado con acuerdo del Senado en tiempos democráticos

Se inicia el proceso de **municipalización de la Atención Primaria de Salud**

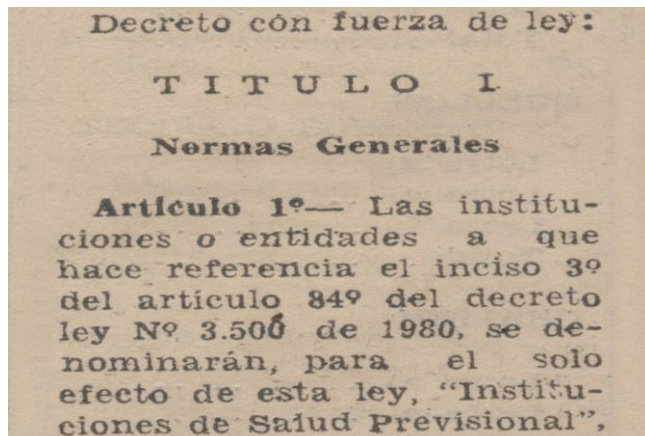
Se **reforma el sistema previsional** de pensiones y comienza la **cotización obligatoria del 4%** de las remuneraciones para salud

Se establecen los **organismos dependientes**: Instituto de Salud Pública, FONASA (Incorpora Sermena) y Central Nacional de Abastecimiento

Se crea la **Subsecretaría de Salud**

Sistema Nacional de Servicios de Salud

1981 se dicta el DFL
N°3 que crea la
**Instituciones de Salud
Previsionales
(ISAPRE)**



1985 las leyes
18.418 y 18.469
reorganizan el sector
público en
**modalidades de
atención
institucional y libre
elección**

Sistema Nacional de Servicios de Salud

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



2002 se envían al **Congreso Nacional 5 proyectos de ley** que conforman la **Reforma de Salud**

2000 el gobierno del Presidente Ricardo Lagos se fija como meta realizar una profunda y modernizadora **reforma del sector Salud**

La última Reforma del Sistema de salud Chileno

Cambio de Perfil en los años 80 y 90

Chile país **altamente urbanizado (86%)**, caracterizado por:

- Mejora acceso al agua potable, alcantarillado, educación y servicios de salud
- Contaminación del aire
- Falta de espacios para recreación
- Aumento de la delincuencia, violencia e inseguridad

Cambio de Perfil en los años 80 y 90

Chile aumentó al **doble su ingreso per cápita**, sin embargo:

- Aún existe un 20% de pobreza con un 7% de extrema pobreza
- Aumento explosivo de la obesidad por mayor consumo de comida rica en grasa y azúcar refinada
- Disminución de actividad física por la mayor compra de televisores, electrodomésticos y automóviles
- Se incrementó el consumo de tabaco, alcohol y drogas
- Predominio de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

Redefinición de Prioridades de Salud 1997

En consideración al Estudio de Carga de Enfermedad (1997)
75% de la carga de enfermedad ECNT

Accidentes	Salud Mental
Afecciones Congénitas y del Período Perinatal	Salud Ocular
Cáncer	Salud Ocupacional
Enfermedades Cardiovasculares	Salud Sexual y Reproductiva
Enfermedades Inmunoprevenibles	Tabaquismo alcohol y Drogas
Enfermedades Respiratorias	Tuberculosis
Malnutrición (Obesidad, Osteoporosis)	VIH/SIDA-ETS
Salud Bucodental	

Fuente: Minsal. División de Salud de las Personas. Diseño e implementación de las Prioridades de Salud. La Reforma Programática Chilena. Santiago, Chile 1997

Demanda

- Transición demográfica adelantada
- Transición epidemiológica
- Incremento de necesidades y expectativas de salud de la población
- Crecimiento de demanda por servicios sanitarios

Oferta

- **Desigualdades** en el acceso, oportunidad, calidad y coberturas de las prestaciones de salud
- **Débil integración** de la Red Asistencial, tanto dentro del sistema público como en la complementación público – privado, con énfasis en lo curativo
- **Insuficiente protección** por bajas coberturas de los seguros privados de salud
- **Déficit** de acceso, cobertura, protección y calidad, tanto en el ámbito público como privado

Regulación

- Mezcla de funciones sanitarias y de prestación de servicios, en toda la estructura
- Exceso de normas o ausencia de ellas, en el área asistencial, medio ambiente y ocupacional
- Insuficiente fiscalización de la calidad de las prestaciones
- Insuficiente regulación de los administradores privados del seguro de salud
- Insuficiencias de la estructura legal que impide la integración armónica de los subsistemas público y privado

Ejes de la Reforma al Sistema de Salud

- Cambio del Modelo de Atención
- Separación de Funciones
- Garantías Explícitas de Salud

Objetivos de la Reforma al Sistema de Salud

- Elevar el nivel de Salud de los chilenos
- Mejorar la equidad en el acceso
- Mejorar la calidad técnica y percibida de las acciones de salud
- Aumentar la eficiencia micro y macro del sistema
- Asegurar un financiamiento sostenible

Instrumentos de la Reforma Chilena

- Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)
- Redes Asistenciales Público-Privada
- Hospitales Públicos Autogestionados
- Minsal Rol Rector Fortalecido
- Autoridad Sanitaria Regional
- Superintendencia de Salud
- Impuestos

Reforma

2002 se ingresan 5 proyectos de Ley al Congreso:

- **Ley de Financiamiento:** asegura los recursos para la reforma, incluyendo un aumento en 1% del I.V.A. (Ley **19.888** publicada el 13 de Agosto de 2003)
- **Ley de Solvencia de ISAPRES:** asegura la estabilidad del sistema, mejora transparencia y potencia el rol de la Superintendencia. (Ley **19.895** publicada el 28 de Agosto de 2003) (Ley **20.015** publicada el 17 de Mayo de 2005)
- **Ley de Autoridad Sanitaria:** separa las funciones de provisión de servicios sanitarios y regulación del sector, fortalece la autoridad sanitaria, crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados. (Ley **19.937** publicada el 24 de Febrero de 2004)

Reforma

- **Ley de Garantías en Salud:** crea un sistema de garantías explícitas para el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, para un conjunto de patologías prioritarias. (Ley **19.966** publicada el 03 de Septiembre de 2004)
- **Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes:** Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (Ley **20.584** publicada el 24 de Abril de 2012)

Estructura del actual Sistema de Salud Chileno

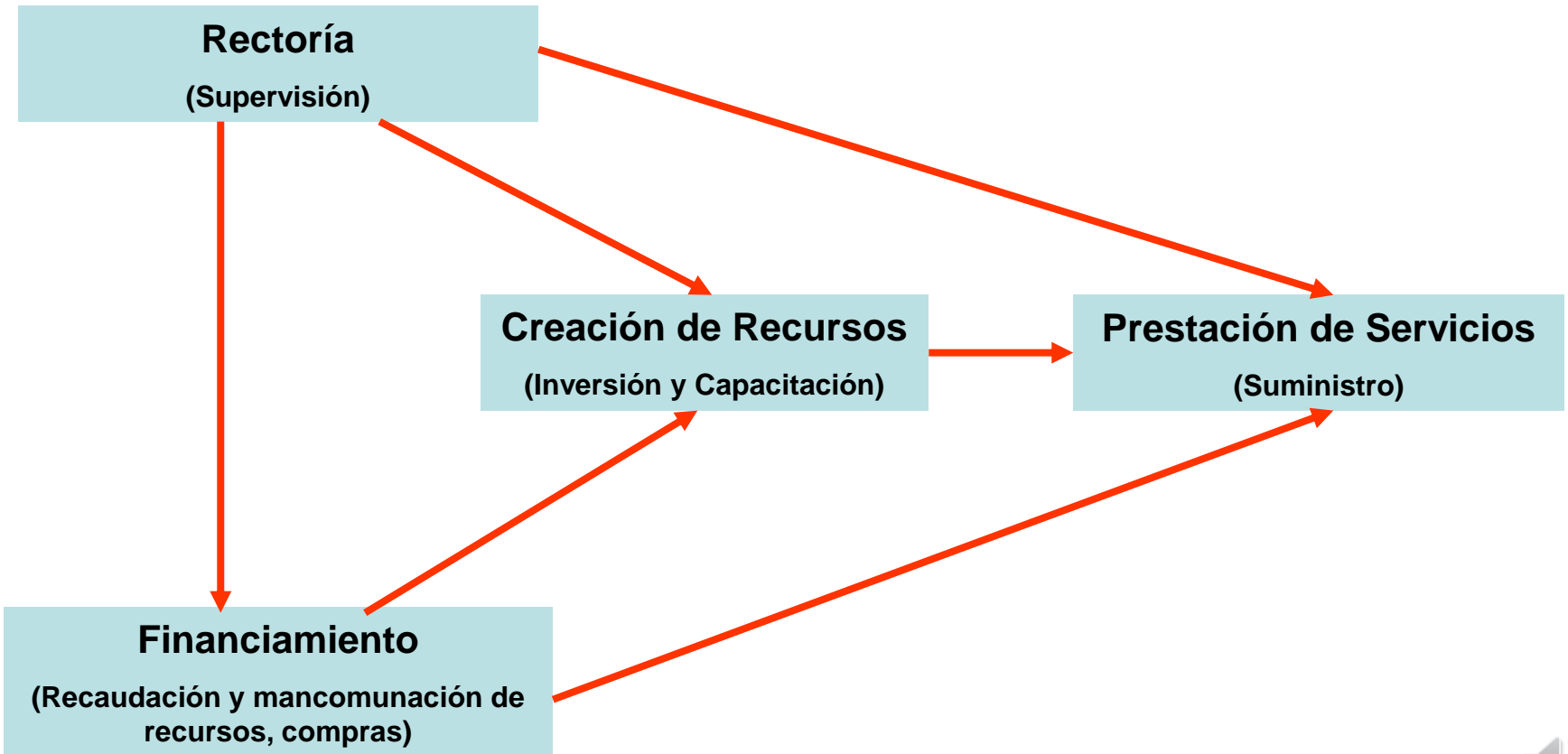
Sistema de salud

“Conjunto de organizaciones, personas y acciones cuyo propósito principal es promover, restaurar y mantener la salud” (OMS)

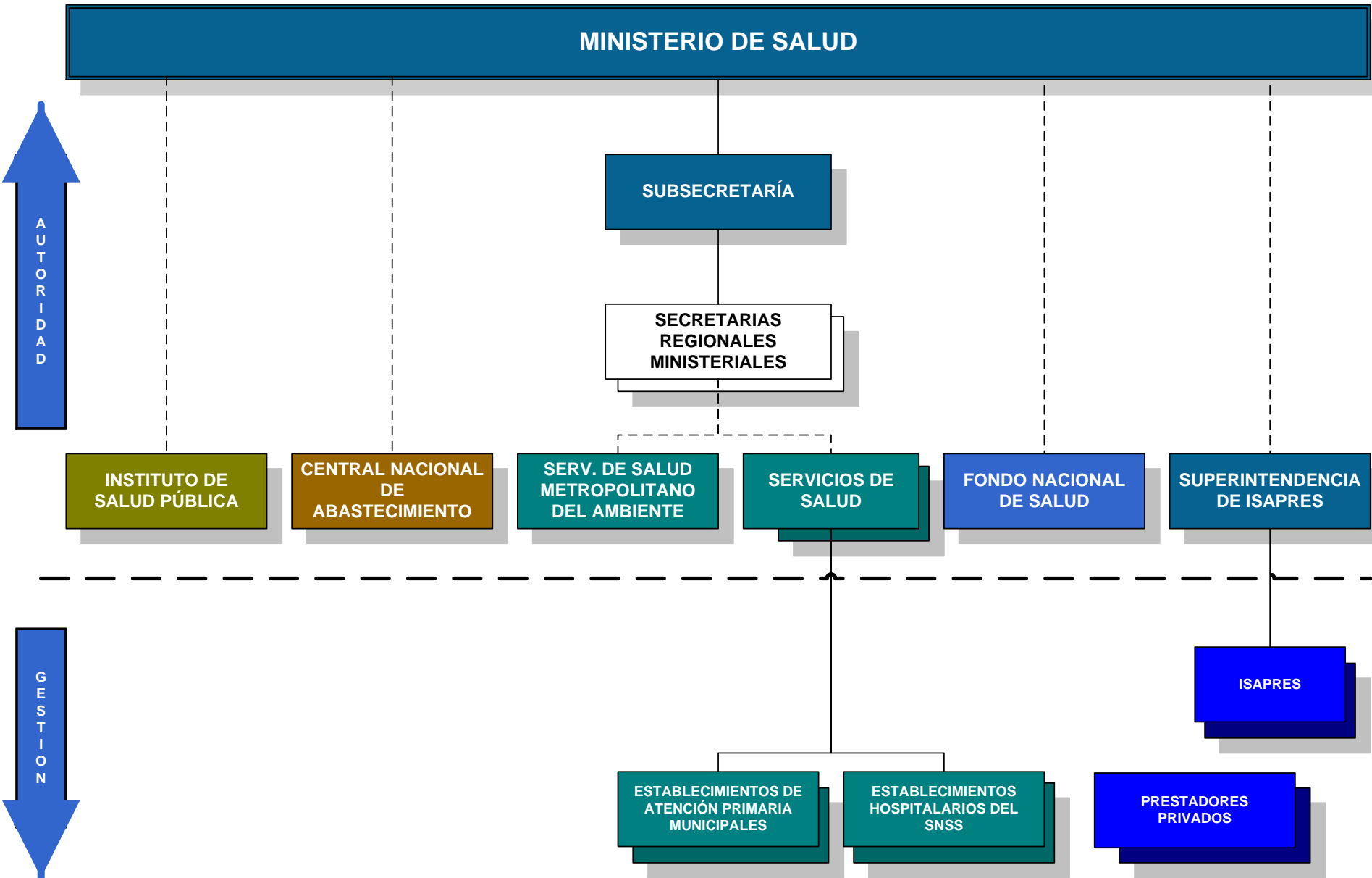


Sistema de salud

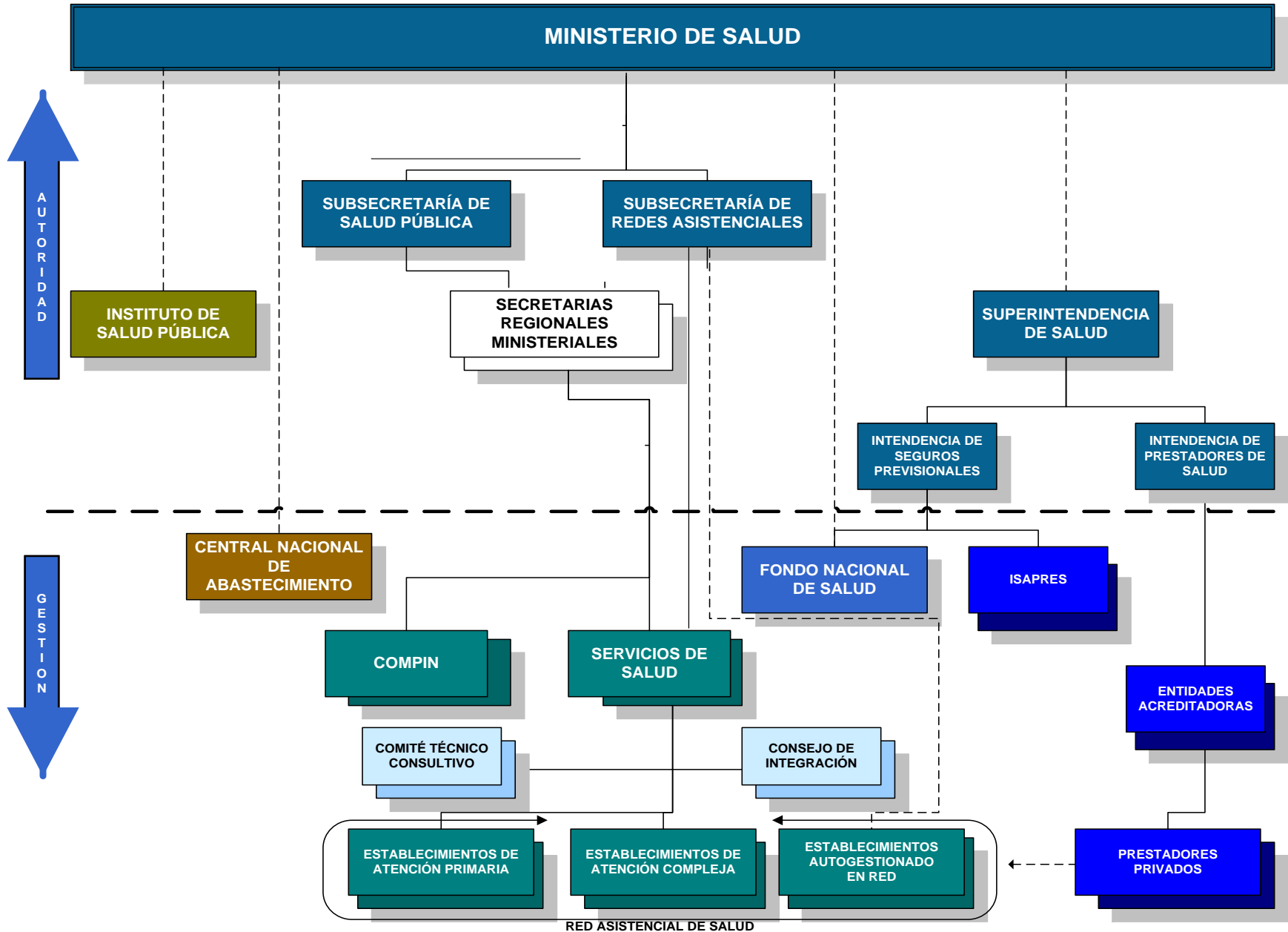
Sus funciones son:



Institucionalidad del Sector Salud de Chile, sin REFORMA



Nueva Institucionalidad del Sector Salud de Chile, con REFORMA

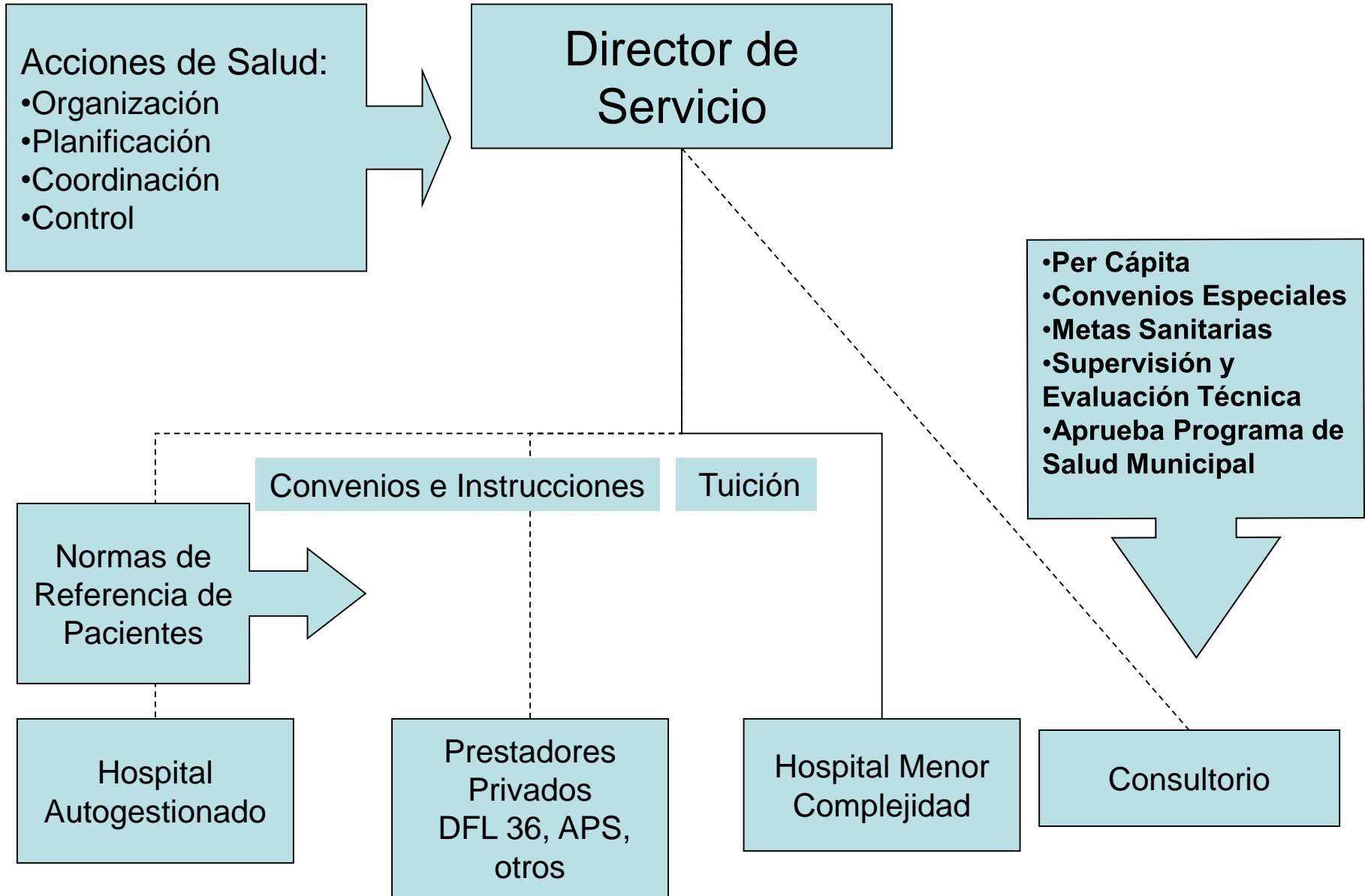


Sistema Nacional de Servicios de Salud

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Se redefine el rol de los **Servicios** (Dirección): **“la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente,** para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas”

La **Red Asistencial** de cada Servicio de Salud estará constituida por el **conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio,** los establecimientos **municipales de atención primaria** de salud de su territorio y los demás establecimientos **públicos o privados que suscriban convenio** con el Servicio de Salud respectivo



Acciones de Salud:

- Organización
- Planificación
- Coordinación
- Control

Director de Servicio

Convenios e Instrucciones

Tuición

- Per Cápita
- Convenios Especiales
- Metas Sanitarias
- Supervisión y Evaluación Técnica
- Aprueba Programa de Salud Municipal

Normas de Referencia de Pacientes

Hospital Autogestionado

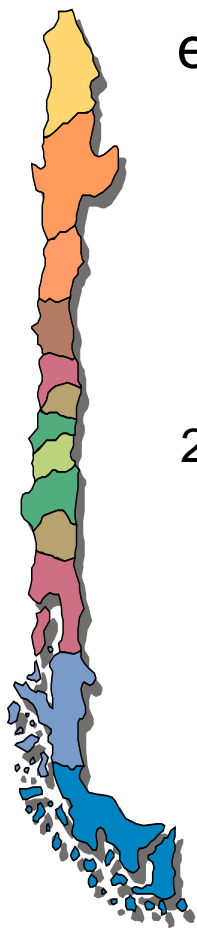
**Prestadores Privados
DFL 36, APS,
otros**

Hospital Menor Complejidad

Consultorio

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Red descentralizada de 29 Servicios de Salud Autónomos, coordinados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en cuyos territorios se congregan:



29 Servicios de Salud

190 Hospitales

64 Alta complejidad (EAR)

28 Mediana complejidad

98 Baja complejidad (HFC)

96 Centros Secundarios Ambulatorios

9 CRS

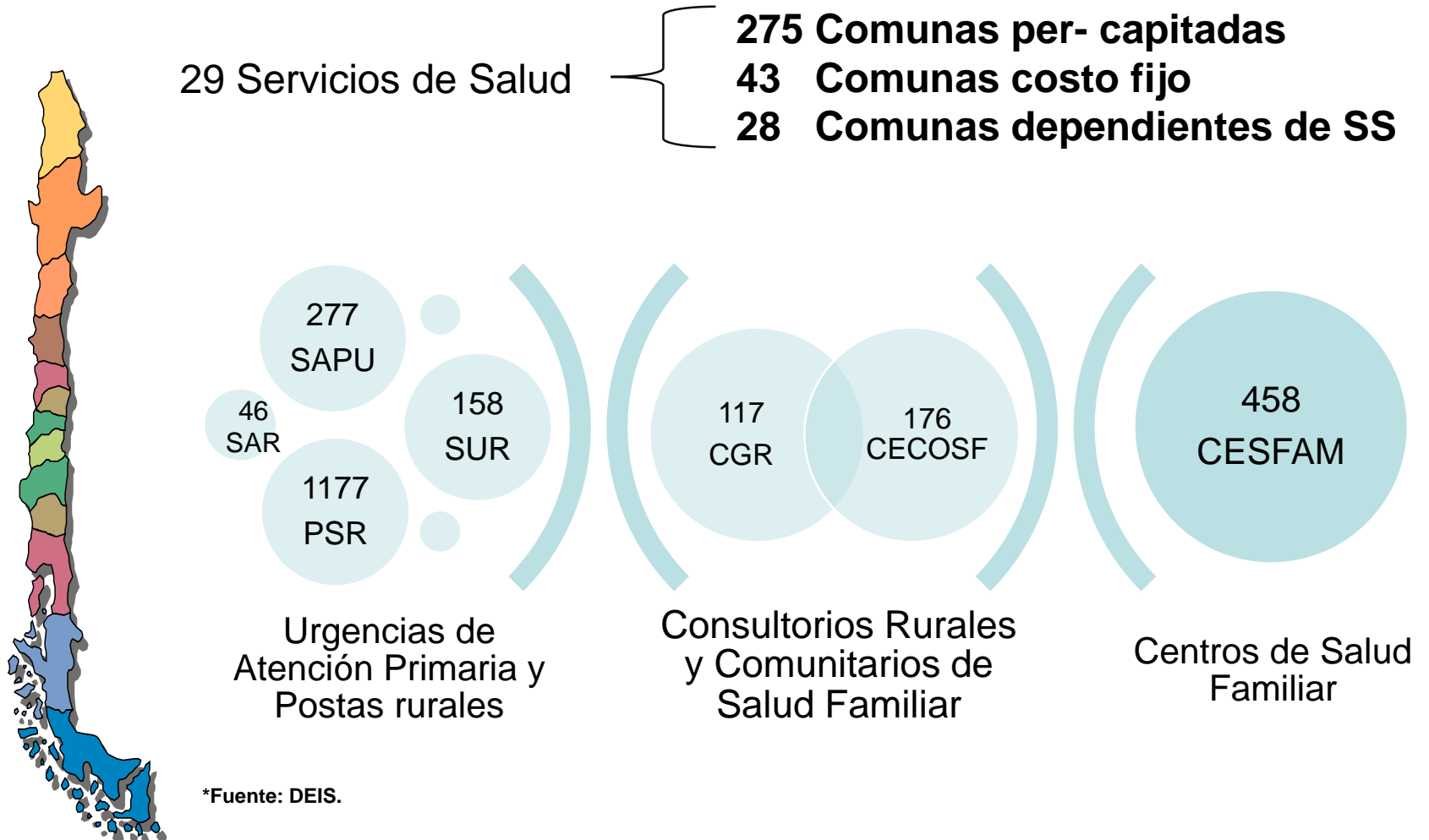
14 CDT

73 COSAM

*Fuente: DEIS.

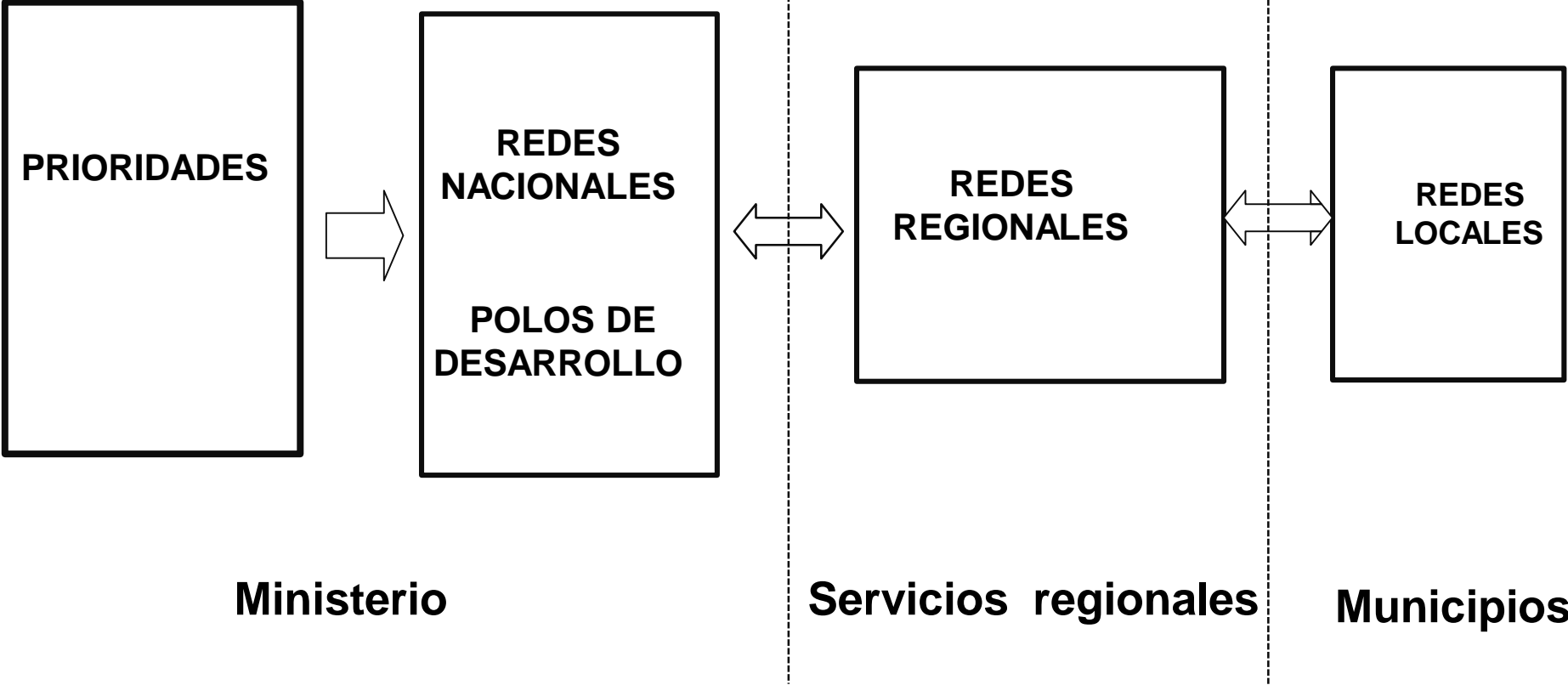
*Fuente: DEIS.

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD



SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD

Redes y Macredes

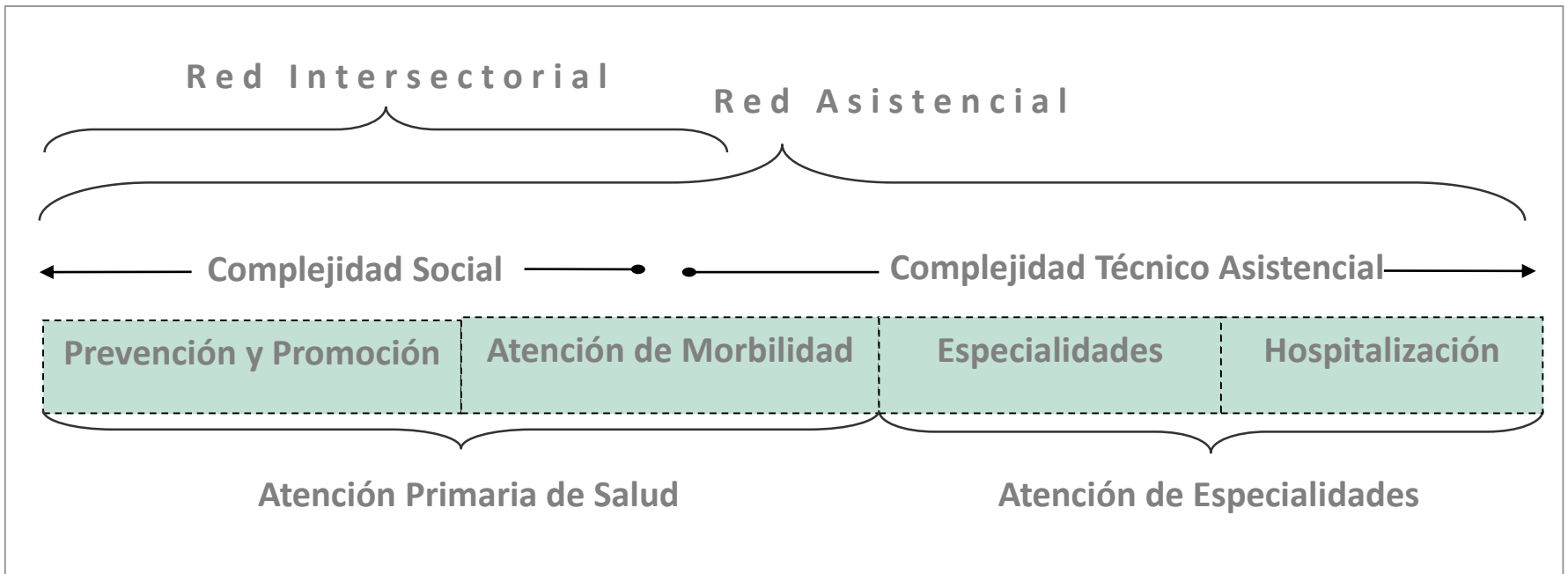


SERVICIO DE SALUD

La Red de cada Servicio de Salud se organiza “con **un primer Nivel de Atención Primaria**, compuesto por Establecimientos que ejercerán funciones Asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y **otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención** conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.

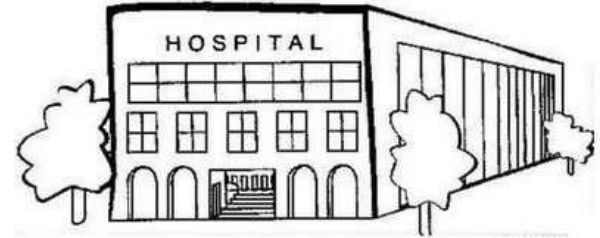
SERVICIO DE SALUD

El Diseño General del Sistema de Salud en Red, se resume en la siguiente figura:



3º Nivel

Se caracteriza por su alta complejidad y cobertura reducida.



2º Nivel

Complejidad intermedia y de cobertura media. La característica fundamental de este nivel es que actúa por referencia y que sus acciones involucran tanto atención ambulatoria como de hospitalización en establecimientos hospitalarios

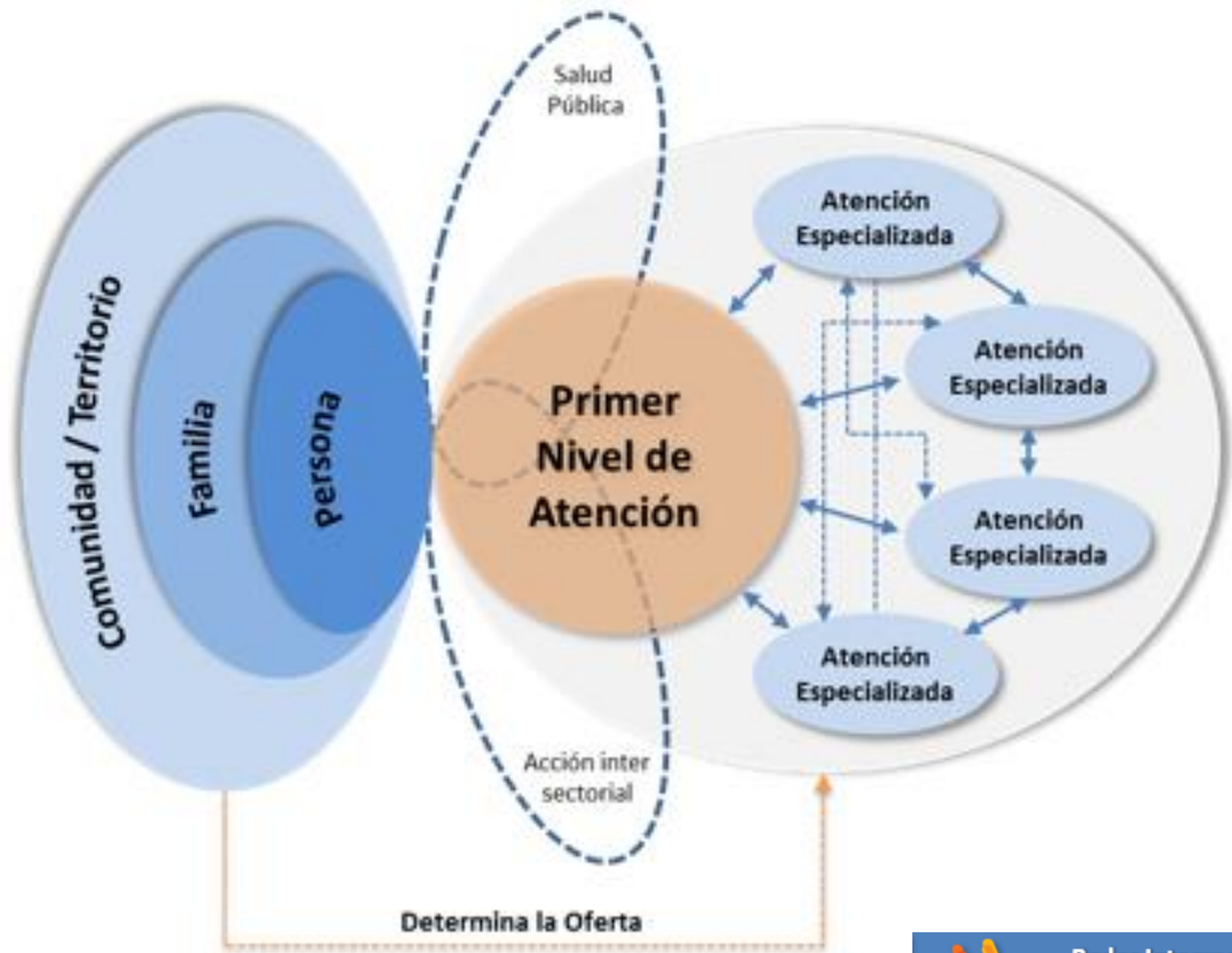


1º Nivel

Tiene mínima complejidad y amplia cobertura, realiza atenciones de carácter ambulatorio y ejecuta los programas básicos de salud de las personas.



NIVEL DE COMPLEJIDAD	ATENCIÓN ABIERTA (AMBULATORIA)	ATENCIÓN CERRADA (HOSPITALIZACIÓN)
BAJA	<ul style="list-style-type: none"> • Postas rurales • Consultorios Generales Rurales • Consultorios Generales Urbanos • CESFAM • SAPU 	Hospitales tipo 4
MEDIANA	<ul style="list-style-type: none"> • Centro de Referencia de Salud (CRS) • Consultorios Adosados de hospitales tipo 2 y 3 	Hospitales tipo 3 y algunos Hospitales regionales tipo 2
ALTA	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio Adosados Hospitales tipo 1 • Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) 	Hospitales tipo 1 y algunos tipo 2 (Institutos de Referencia Nacional)

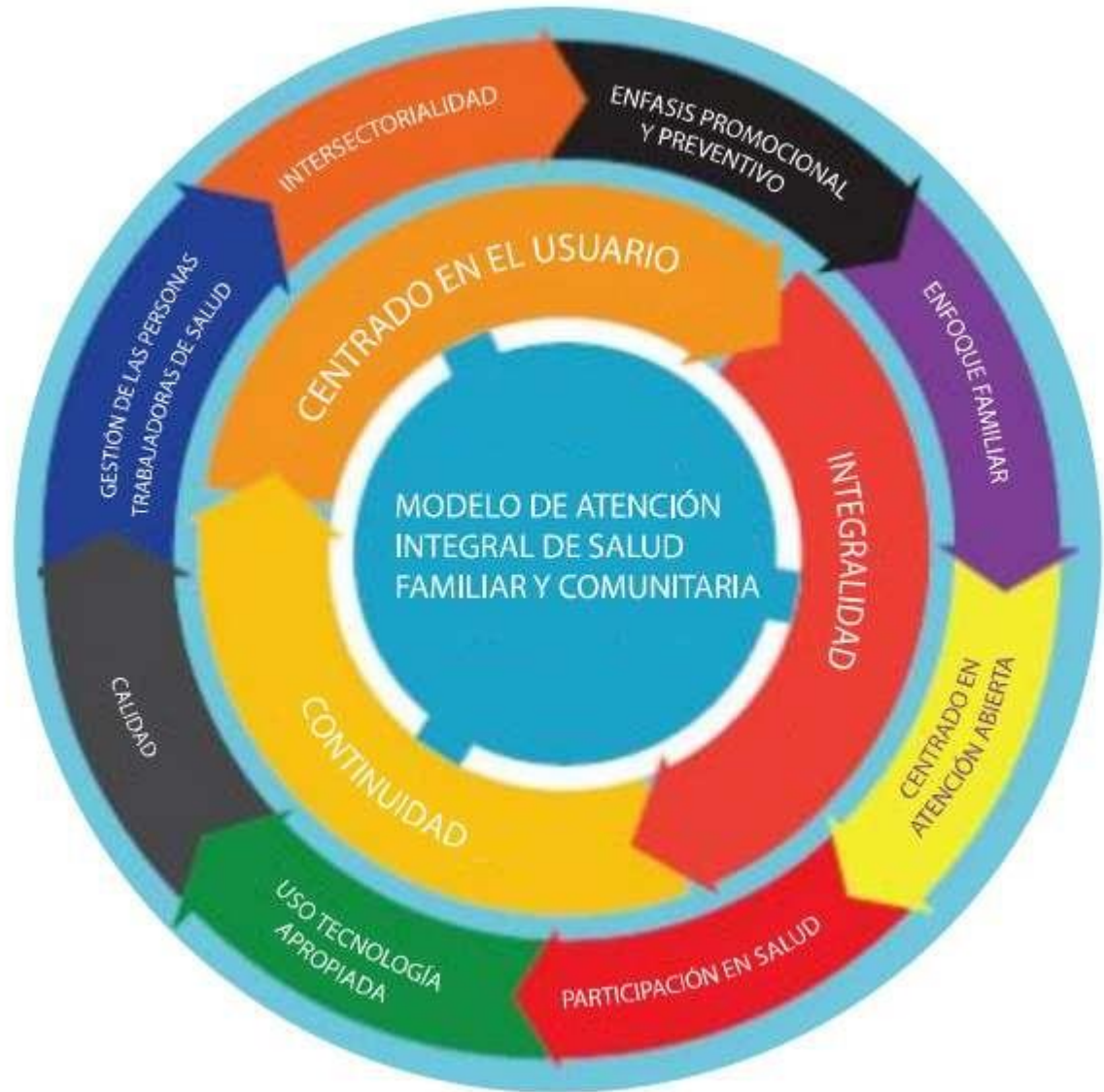


PRIMER NIVEL

- Puerta de entrada y primer contacto al Sistema de salud y como lugar de continuidad de los cuidados
- Atiende al 72% de la población por inscripción voluntaria
- Gratuito
- Con un financiamiento per cápita, cuyo espíritu es privilegiar la prevención
- Desarrolla actividades de promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y rehabilitación de las necesidades de salud más frecuentes de las personas, la familia y la comunidad
- Atiende más o menos el 70-80% de los problemas de salud de la población

MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA

Conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”



ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO

Sistema de Salud Chileno

Cobertura

Sistema Público de Salud

CUADRO N°1
AÑO 2018

BENEFICIARIOS POR SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL

Sistema Público (Fonasa)	Sistema Privado (Isapres)	Otros	TOTAL
14.242.655 76,0%	3.404.896 18,2%	1.103.854 5,8%	18.751.405 100%

Otros: Sistemas de FFAA. y de Orden, otros seguros de salud y personas sin previsión de salud.
FUENTE: INE, Fonasa y Superintendencia de Salud.

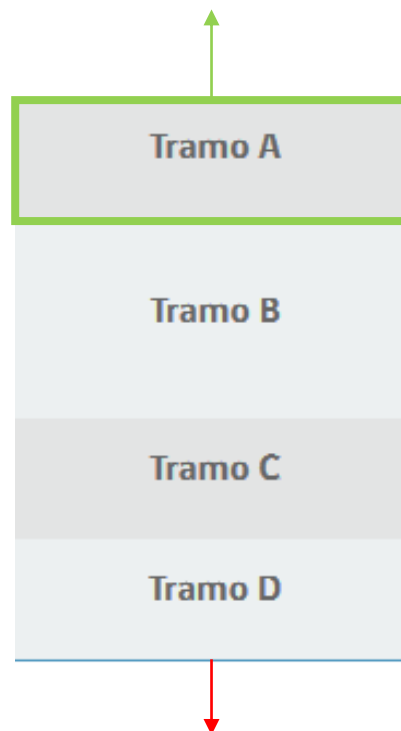


DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN FONASA

Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
3.398.467	5.015.793	2.296.457	3.531.938

FUENTE: FONASA

No tienen copago y no pueden acceder a prestadores privados



Tienen copago y pueden acceder a prestadores privados



Sistema Privado de Salud

Existen 12 ISAPRE en operación

6 abiertas: afiliación y planes de salud son de oferta pública



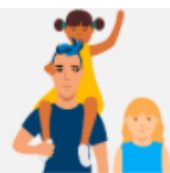
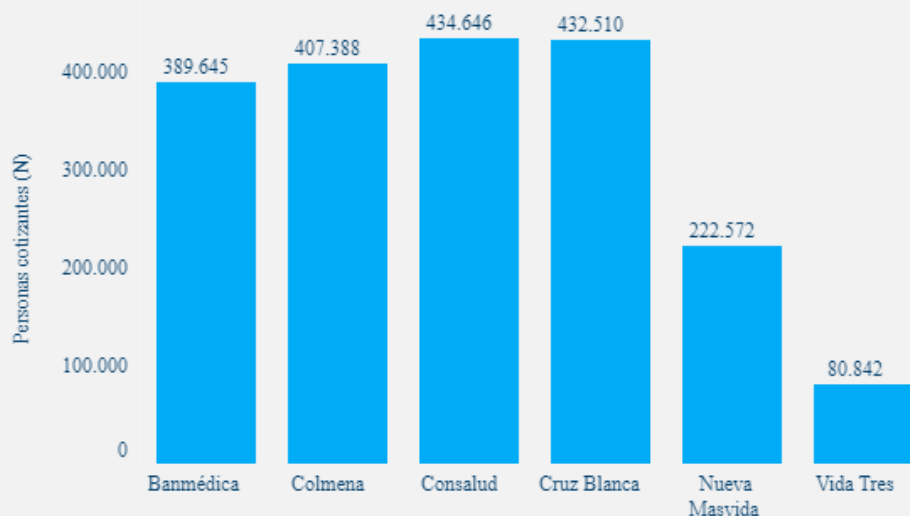
6 cerradas: exclusivas para trabajadores de una determinada empresa o institución





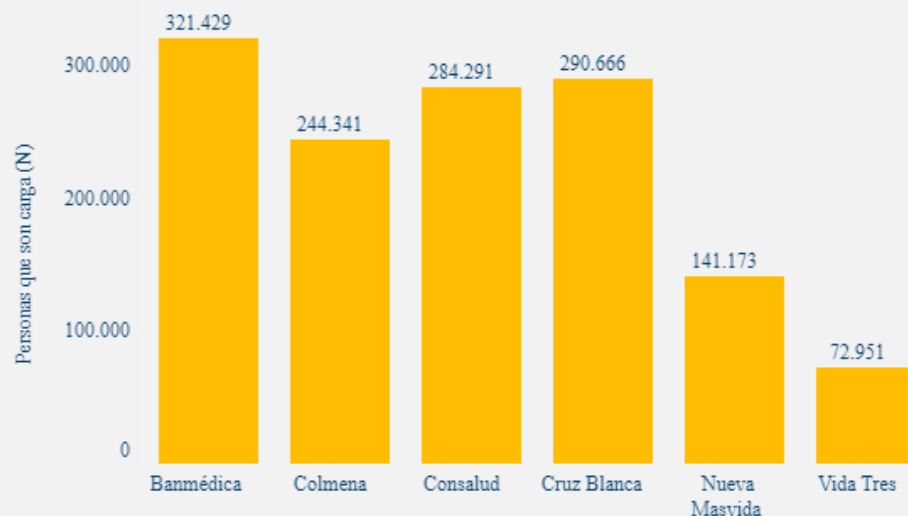
Cotizantes por Isapre

Promedio del periodo considerado



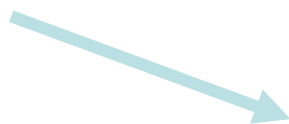
Personas que son carga de cotizante, por Isapre

Promedio del periodo considerado



Fuente: Archivos maestros de cotizantes y cargas, Superintendencia de Salud, Chile.

1.967.603



3.322.454

(2020)

1.354.851



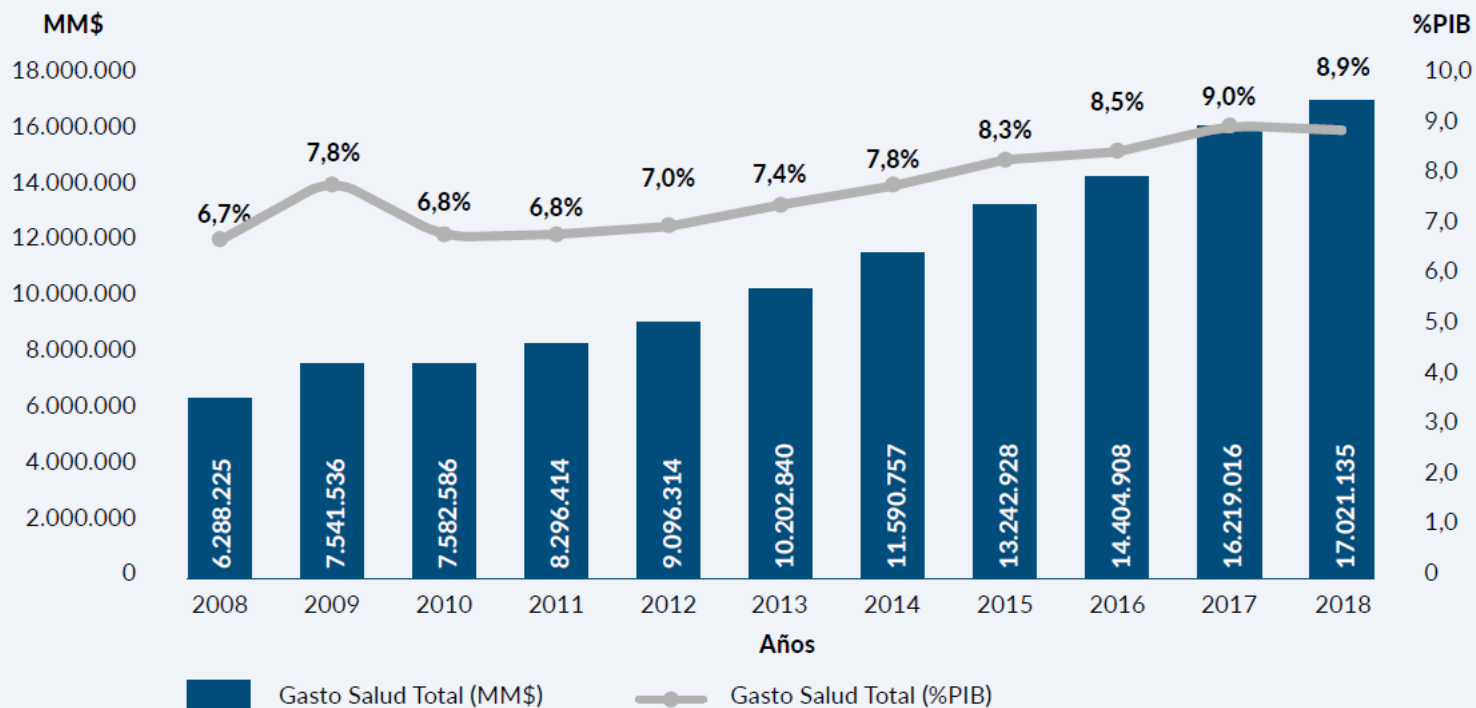
Sistema de Salud Chileno

Gasto

Sistema de Salud Chileno



CHILE - EVOLUCIÓN GASTO DE SALUD TOTAL (MM\$ y como % PIB)



FUENTE: OCDE.

Total Financiamiento (MM\$): 17.021.135

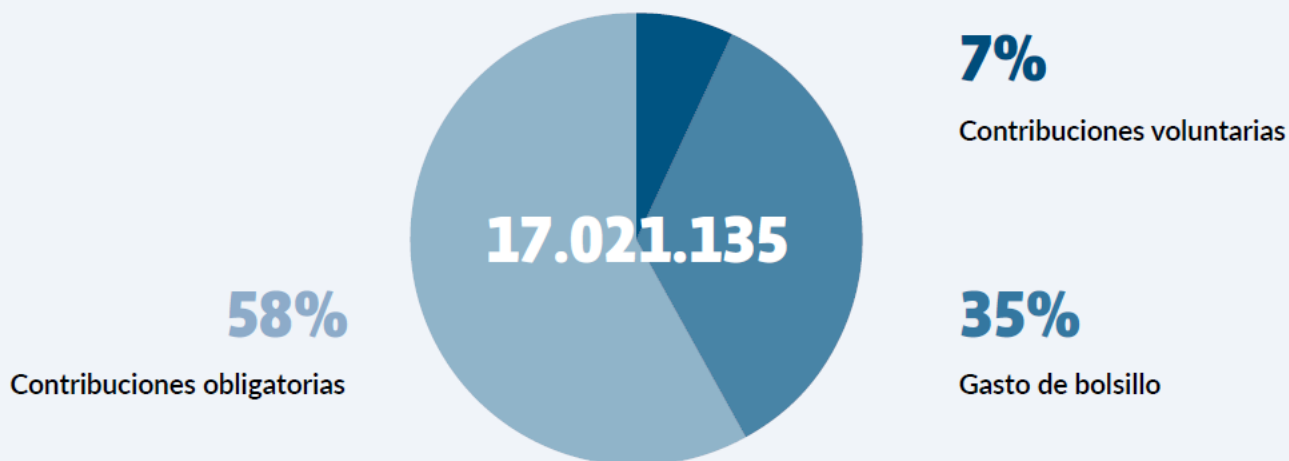
• Impuestos generales: 6.120.799	GASTO PÚBLICO
• Cotizaciones FONASA: 2.025.788	8.146.587
	48%
• Cotizaciones ISAPRE: 1.725.671	GASTO PRIVADO
• Contribuciones voluntarias: 1.191.479	
• Gasto de bolsillo: 5.957.398	8.874.548
	52%

Sistema de Salud Chileno



2018

CHILE - GASTO DE SALUD TOTAL (MM\$)
(Distribución por fuentes de financiamiento)

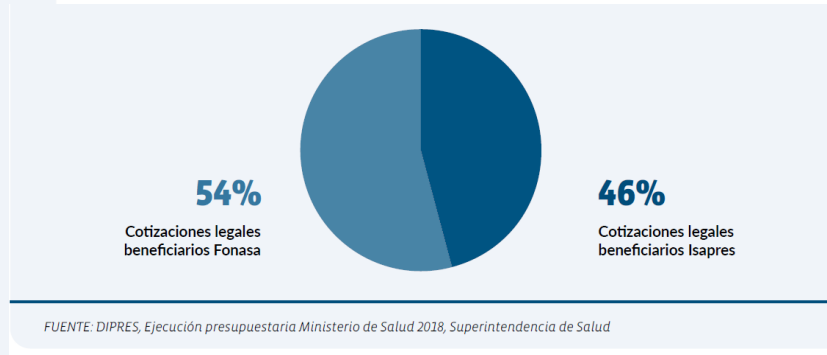
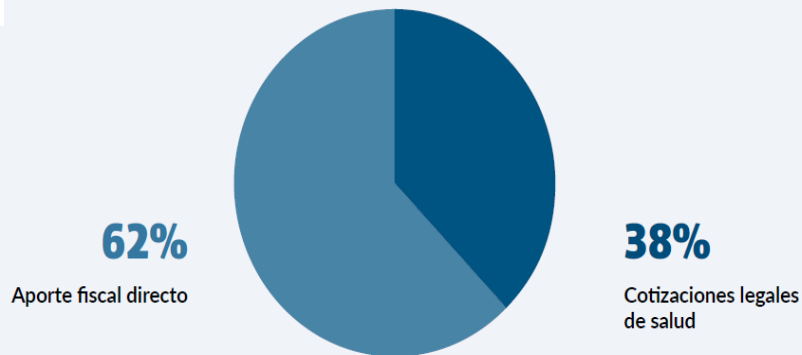


FUENTE: OCDE.

- **Contribuciones obligatorias** (Impuestos generales y cotizaciones obligatorias): 9.872.258
- **Contribuciones voluntarias:** 1.191.479
- **Gasto de bolsillo:** 5.957.398

CUADRO N°14
AÑO 2018

CONTRIBUCIONES OBLIGATORIAS DE SALUD



FUENTE: DIPRES, Ejecución presupuestaria Ministerio de Salud 2018, Superintendencia de Salud

Total Financiamiento: 17.021.135 MM 100%

- **Contribuciones obligatorias: 9.872.258 MMM**
 - Impuestos generales: 6.120.799 MMM 36%
 - Cotizaciones obligatorias: 3.751.459 MMM 22%
 - FONASA: 2.025.788 12%
 - ISAPRE: 1.725.671 10%

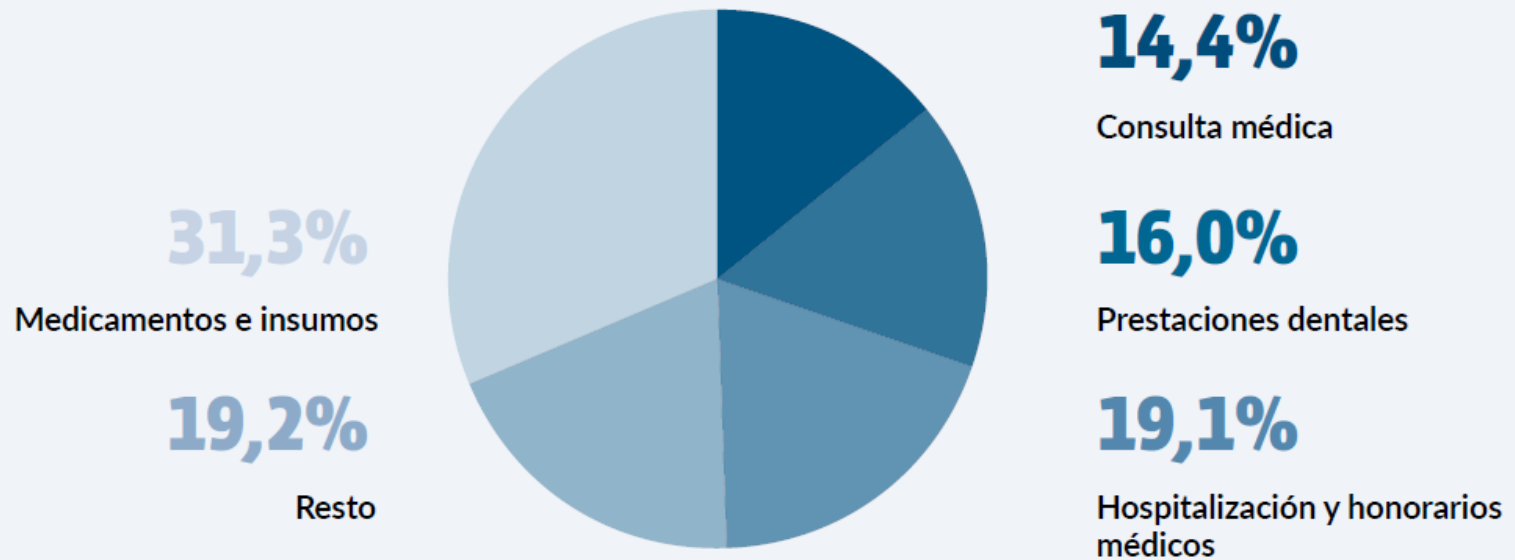
- **Contribuciones voluntarias: 1.191.479 MMM** 7%

- **Gasto de bolsillo: 5.957.398 MMM** 35%

Sistema de Salud Chileno

CUADRO N°17

DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD



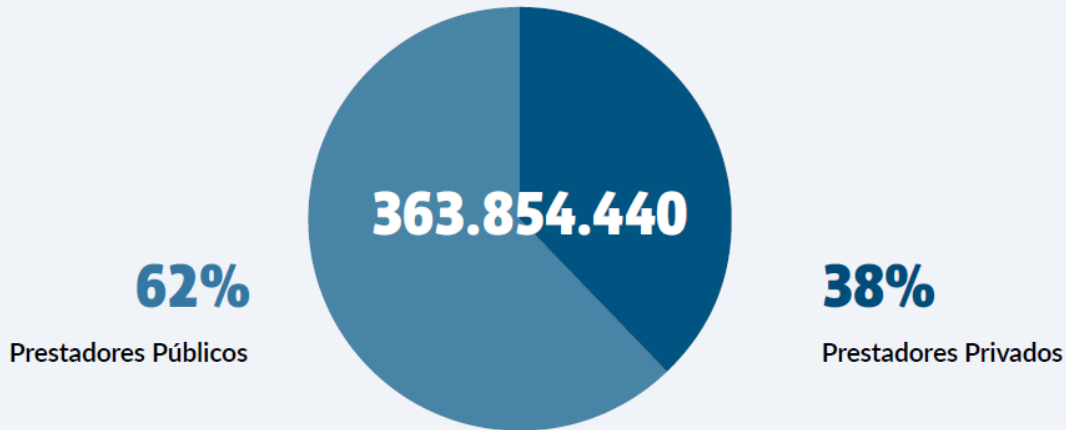
FUENTE: EPF 2017, últimos datos disponibles a la fecha del estudio.

Sistema de Salud Chileno

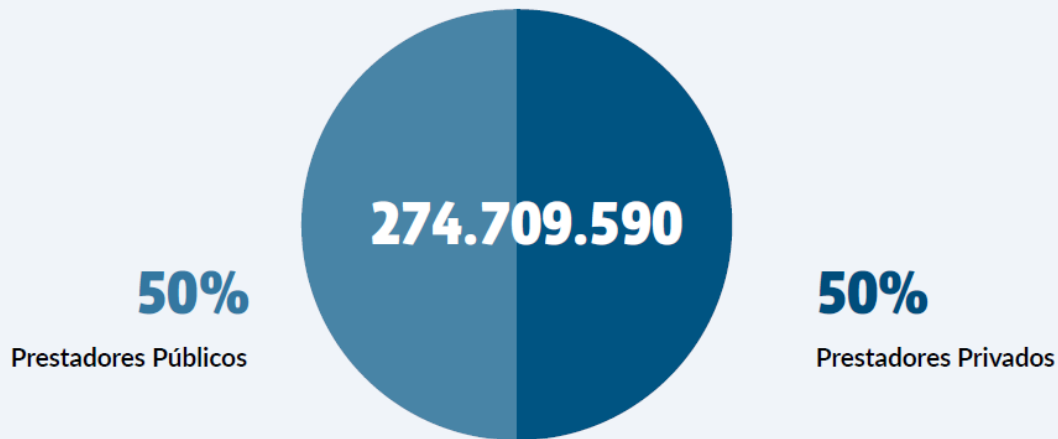
Producción

ORIGEN DE PRESTACIONES (ESCENARIO 1)
POR TIPO DE PRESTADOR

Con APS



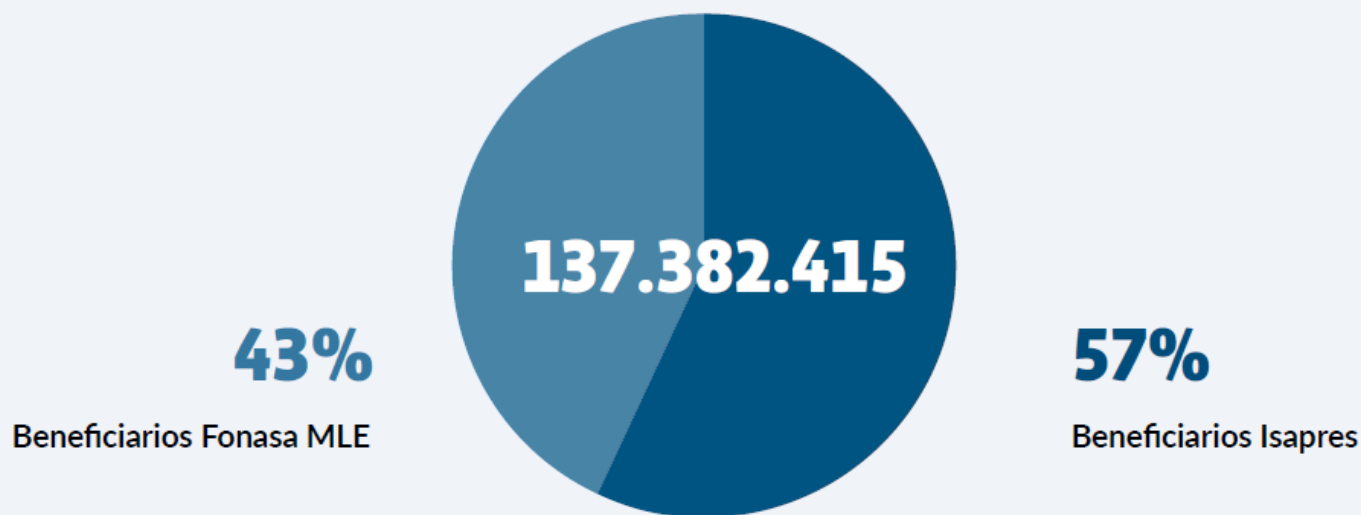
ORIGEN DE PRESTACIONES (ESCENARIO 2)
POR TIPO DE PRESTADOR



El 2018 la APS Pública realizó 89.144.850 prestaciones

25% de la producción del país

ORIGEN DE PRESTACIONES OTORGADAS POR PRESTADORES PRIVADOS
POR TIPO DE ASEGURAMIENTO



FUENTE: Clínicas de Chile, elaborado en base a información MINSAL, Fonasa y Superintendencia de Salud.

**ORIGEN DE PRESTACIONES OTORGADAS POR PRESTADORES PRIVADOS
POR TIPO DE ASEGURAMIENTO DEL PACIENTE (%)**

	Fonasa MLE	Isapres	TOTAL
Consultas Médicas (1)	53%	47%	100%
Días cama (2)	17%	83%	100%
Exámenes diagnóstico	45%	55%	100%
Intervenciones quirúrgicas (MLE incluye PAD) (3)	38%	62%	100%
Partos y cesáreas (MLE incluye PAD)	53%	47%	100%
Proc. apoyo clínico y terapéutico	43%	57%	100%
GES Isapres (sin farmacia)	0%	100%	100%
TOTAL (incluye GES sin farmacia)	43%	57%	100%

(1) Incluye solo consultas otorgadas por médicos.

(2) No incluye días cama recuperación.

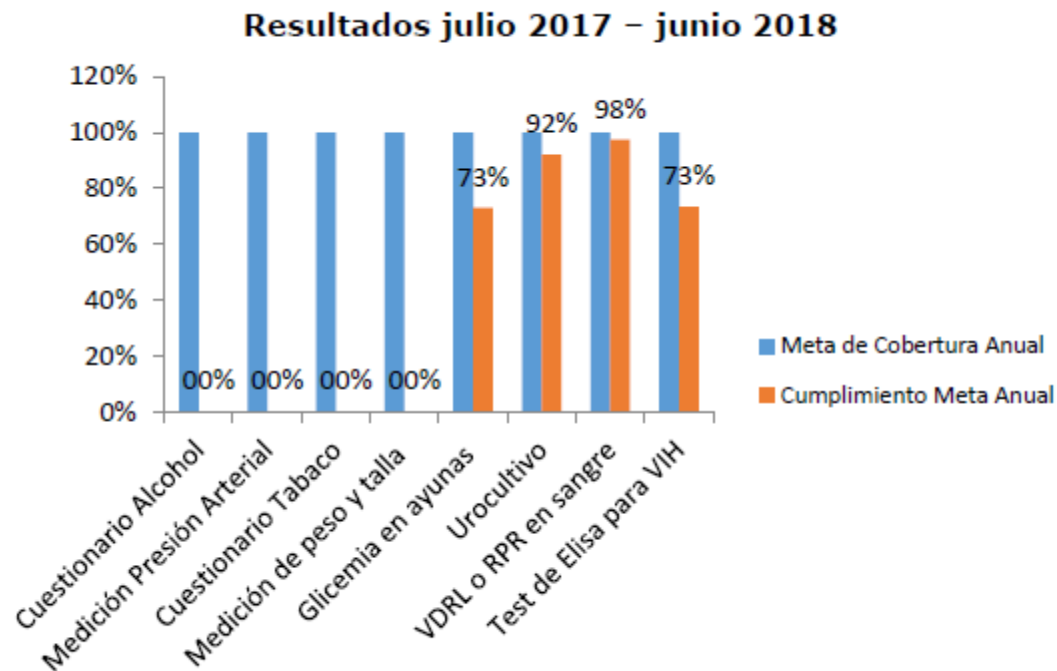
(3) Intervenciones quirúrgicas, no incluye partos ni cesáreas.

FUENTE: Clínicas de Chile, elaborado con base Fonasa y datos Superintendencia de Salud.

**ESCENARIO 1: CANTIDAD DE PRESTACIONES TOTALES DEMANDADAS EN CHILE
POR TIPO DE ASEGURAMIENTO**

Prestaciones	Fonasa			Isapres	TOTAL
	APS	MAI	MLE		
Consultas de Salud (1)	50.592.172	32.752.868	16.236.968	14.831.725	114.413.733
Días Cama (2)	0	8.312.025	241.299	1.125.947	9.679.271
Exámenes Diagnósticos (3)	24.631.083	98.799.118	27.238.082	34.030.577	184.698.860
Intervenciones Quirúrgicas (MLE incluye PAD) (4)	159.675	828.812	297.238	446.750	1.732.475
Partos y Cesáreas (MLE Incluye PAD)	0	142.412	56.589	35.531	234.532
Proc. Apoyo Clínico y Terapéutico (5)	3.053.115	5.362.099	14.552.743	20.008.001	42.975.958
GES Isapres (sin farmacia)		0	0	10.119.611	10.119.611
TOTAL (Incluye GES Isapres s/farmacia)	78.436.045	146.197.334	58.622.919	80.598.142	363.854.440

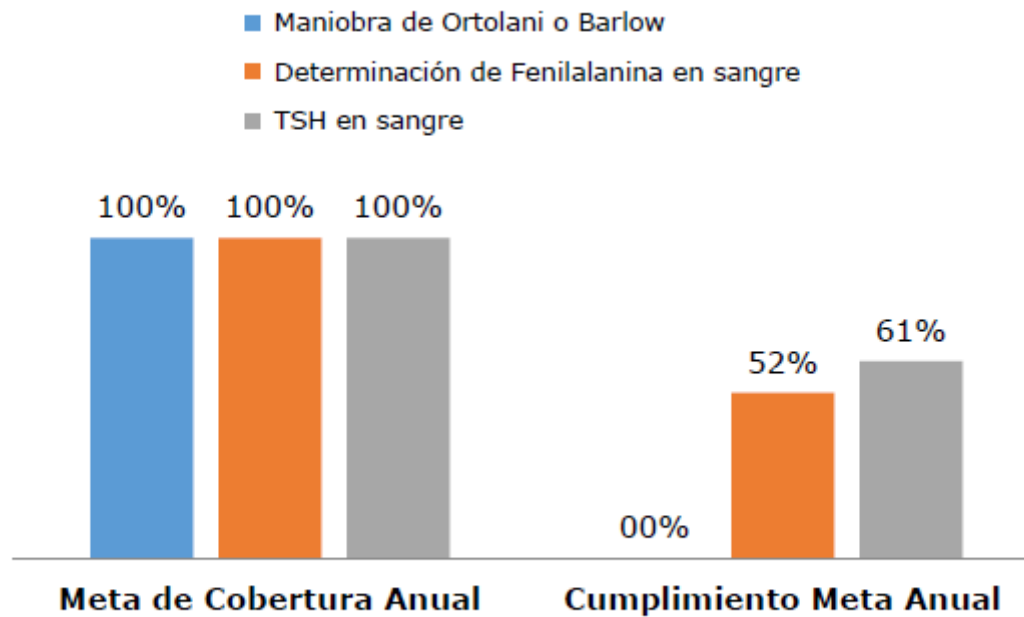
Exámenes de Medicina Preventiva en Embarzadas. Isapres



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Exámenes de Medicina Preventiva en Recién Nacidos. Isapres

Resultados julio 2017 – junio 2018

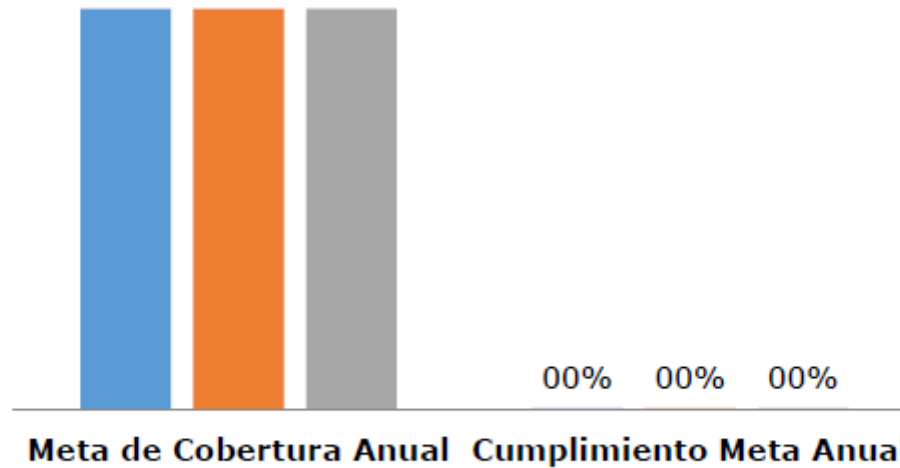


Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Exámenes de Medicina Preventiva en Niños y Niñas a los 4 años. Isapres

Resultados julio 2017 – junio 2018

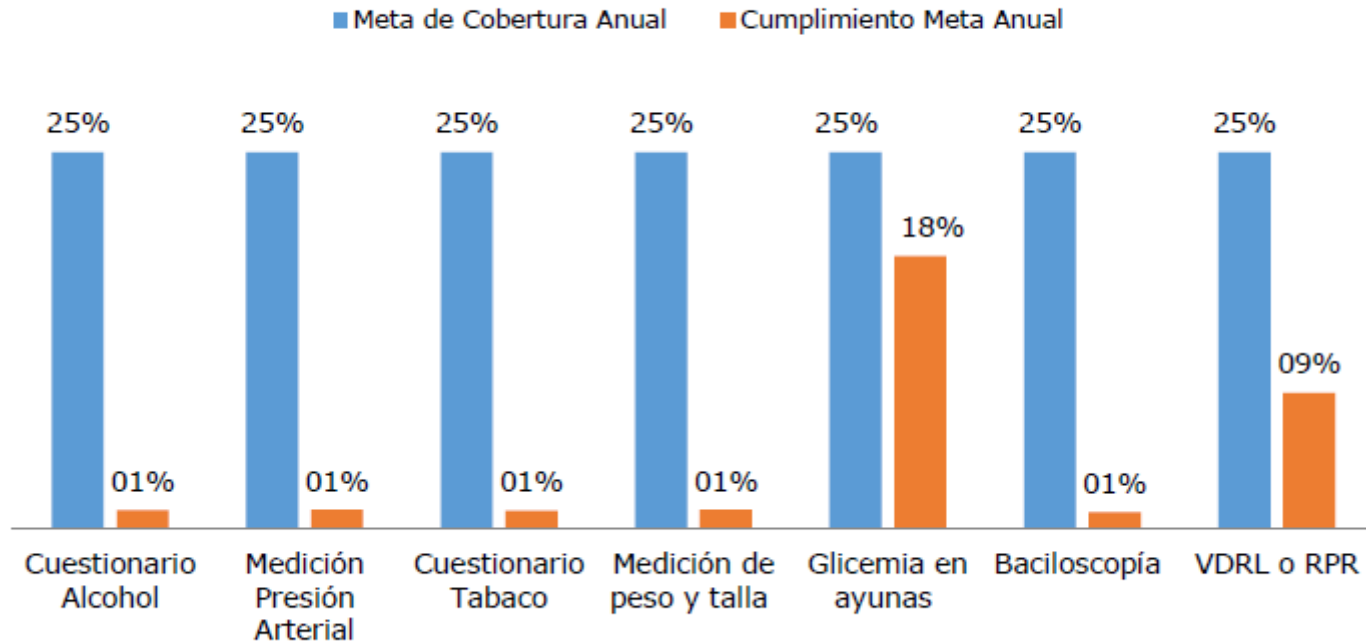
- Aplicación de Cartilla LEA
- Pesquisa precoz de factores de riesgo para patologías bucales
- Medición de peso y talla



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Exámenes de Medicina Preventiva en Personas de 15 y más años. Isapres

Resultados julio 2017 – junio 2018



Fuente: Archivo Maestro de Prestaciones Bonificadas de Isapre, Superintendencia de Salud

Sistema de Salud Chileno

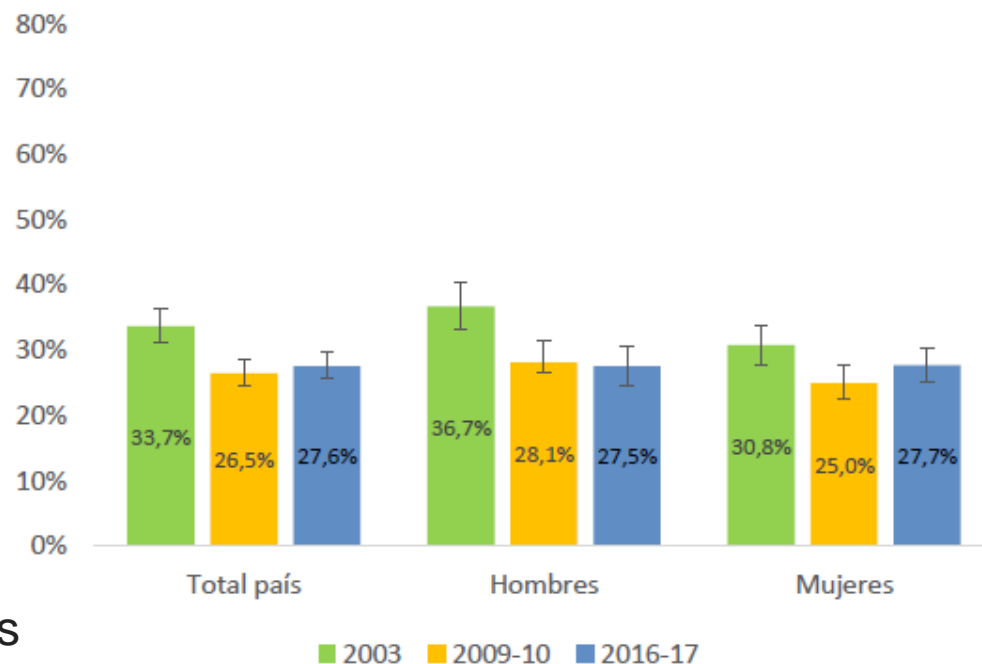
Resultados de Salud

SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)



Sospecha de HTA total país y según sexo.
ENS 2003, 2009-10 y 2016-17

27,6% nacional



Factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el **mundo**, afectando al **26%** de la población adulta

Elaborado por Departamento de Epidemiología

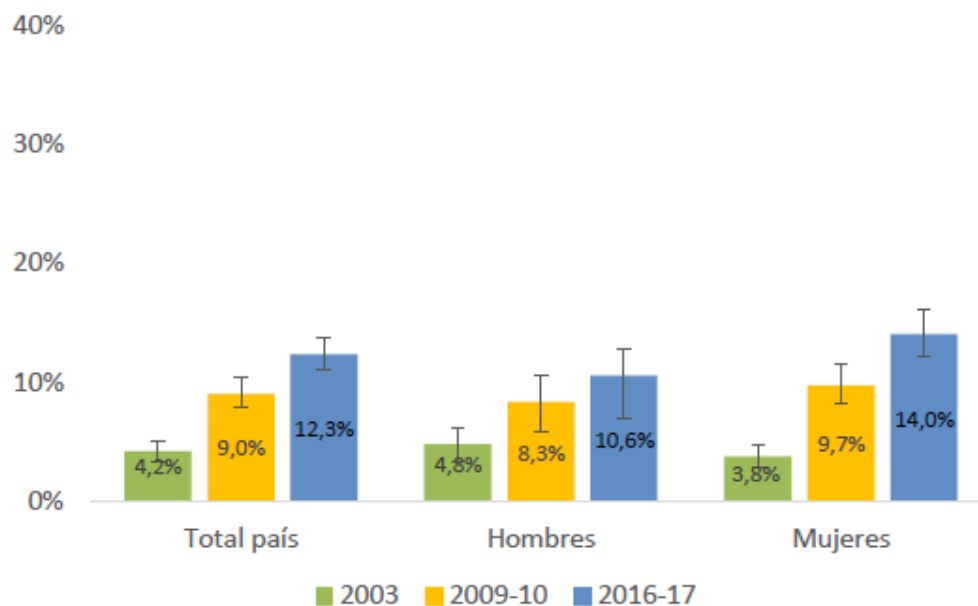
Se entiende por "sospecha de HTA", a personas con autoreporte y/o tratamiento médico HTA o con presión elevada mayor 140/90 (promedio con 3 tomas de presión arterial). En el año 2003 se realizaron 2 tomas de presión arterial.

SOSPECHA DE DIABETES MELLITUS



Sospecha de Diabetes Mellitus total país y según sexo.
ENS 2003, 2009-10 y 2016-17

12,3% nacional



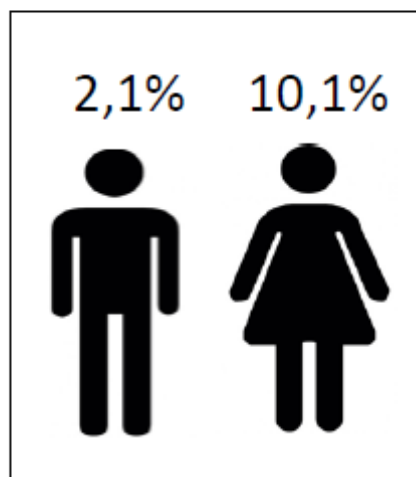
Prevalencia **mundial** es de **8,5%** en la población adulta

Elaborado por Departamento de Epidemiología

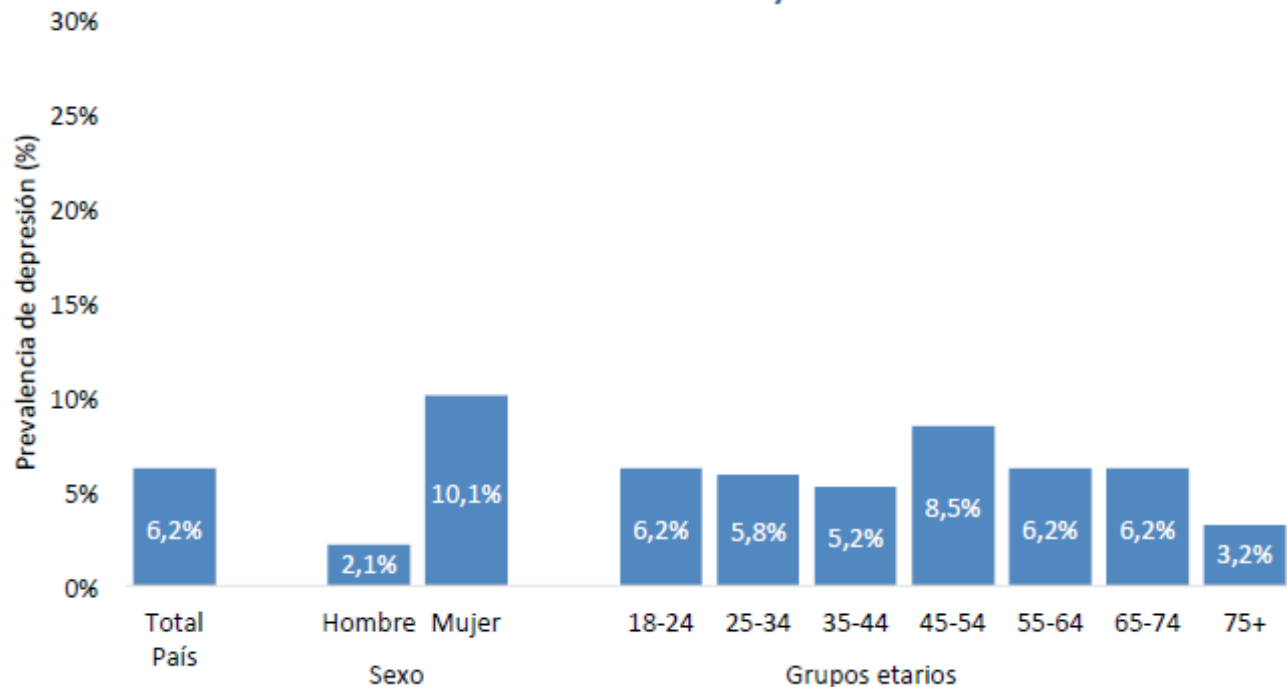
Se entiende por "sospecha de Diabetes Mellitus" a la medición de glicemia en ayuno con resultados mayores o iguales a 126mg/dl.

DEPRESIÓN – CIDI

6,2% Nacional
(%) por sexo



“Prevalencia Depresión de los últimos 12 meses” total
según sexo y edad. Criterio DSM IV
ENS 2016-17



Prevalencia es de un **4,4%** de la población **mundial**

Elaborado por Departamento de Epidemiología

Se observan diferencias estadísticamente significativas según sexo ($p = 0,001$), utilizando un modelo de regresión logística para muestras complejas, ajustando por edad.

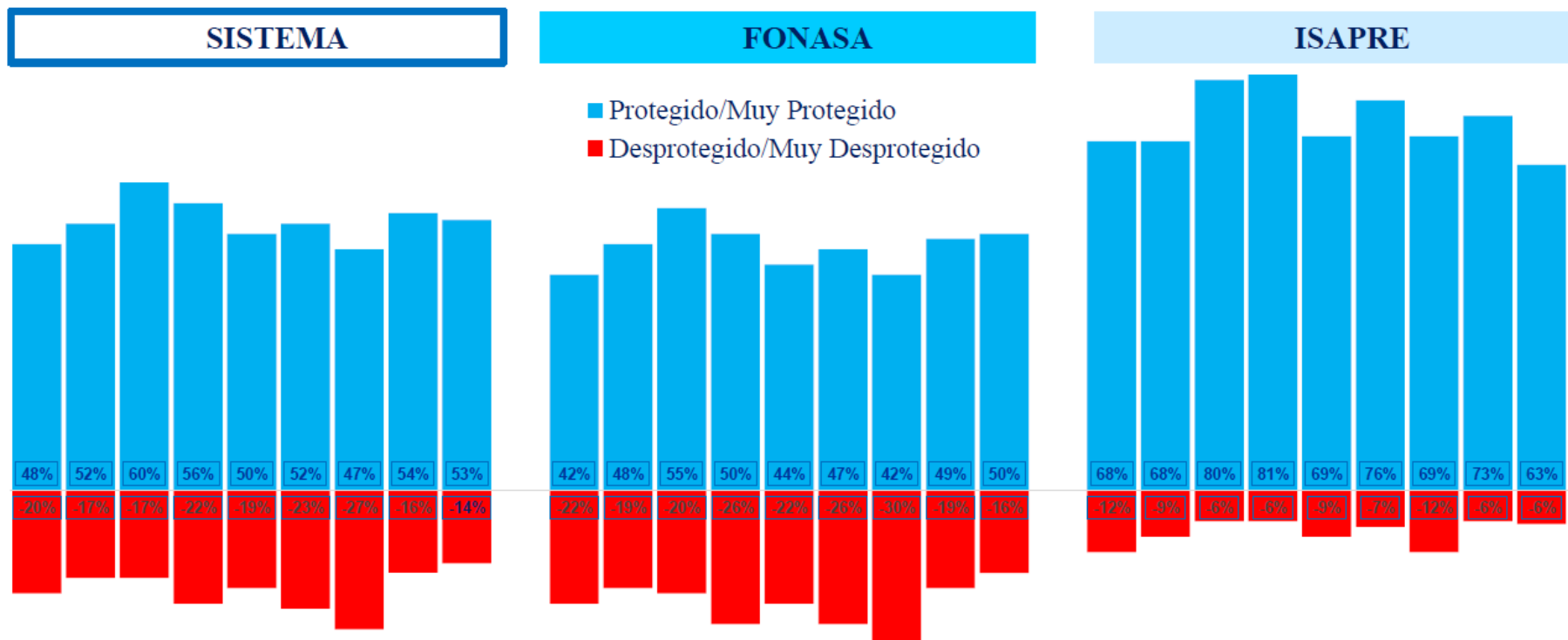
No se observan diferencias estadísticamente significativas según grupos etarios ($p = 0,248$) ajustando un modelo de regresión logística por sexo.
No se observan diferencias estadísticamente significativas por años de estudios cursados ($p = 0,723$), utilizando un modelo de regresión logística para

Sistema de Salud Chileno

Satisfacción

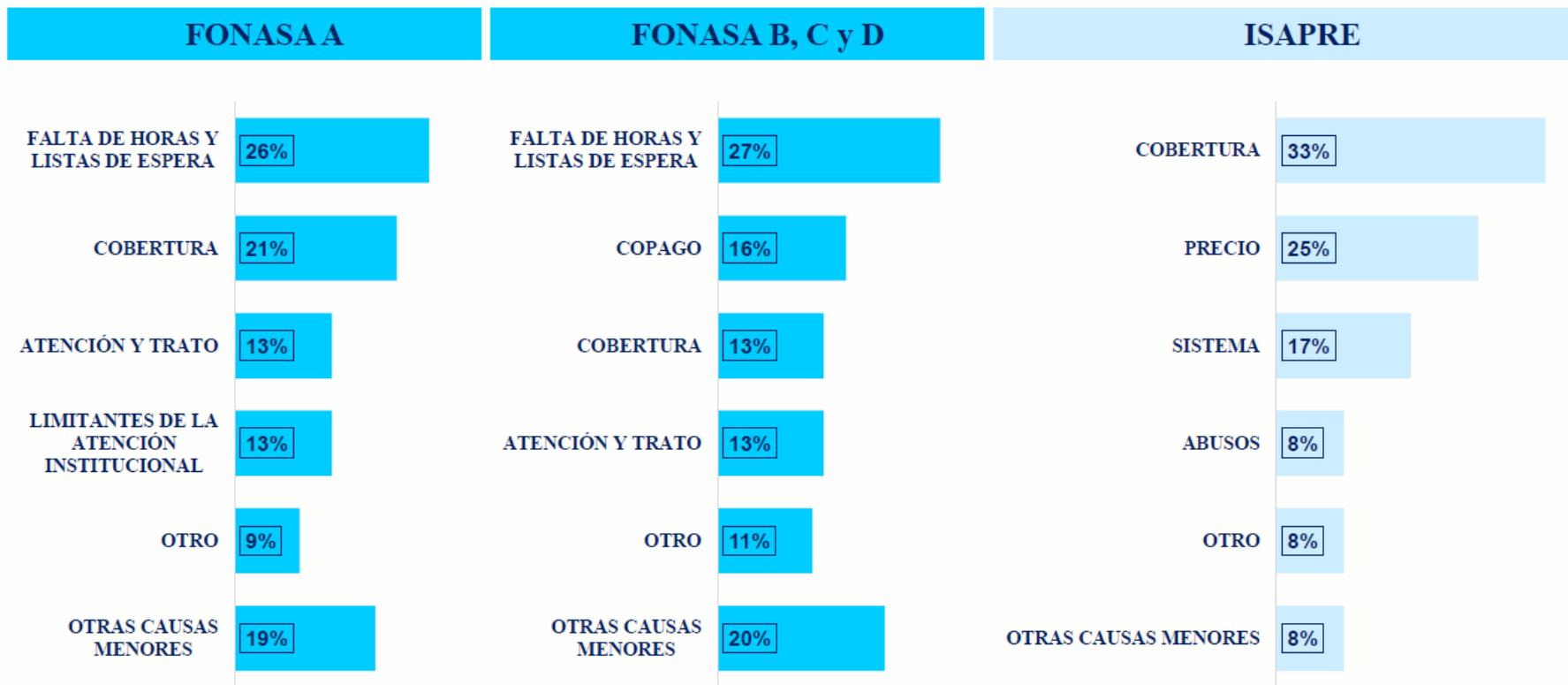
SENSACIÓN DE PROTECCIÓN

A1. En general, frente a un problema importante de salud, ¿Cuán protegido(a) se siente usted actualmente? | Base: Total muestra n=1.893



RAZONES DE LA SENSACIÓN DE DESPROTECCIÓN

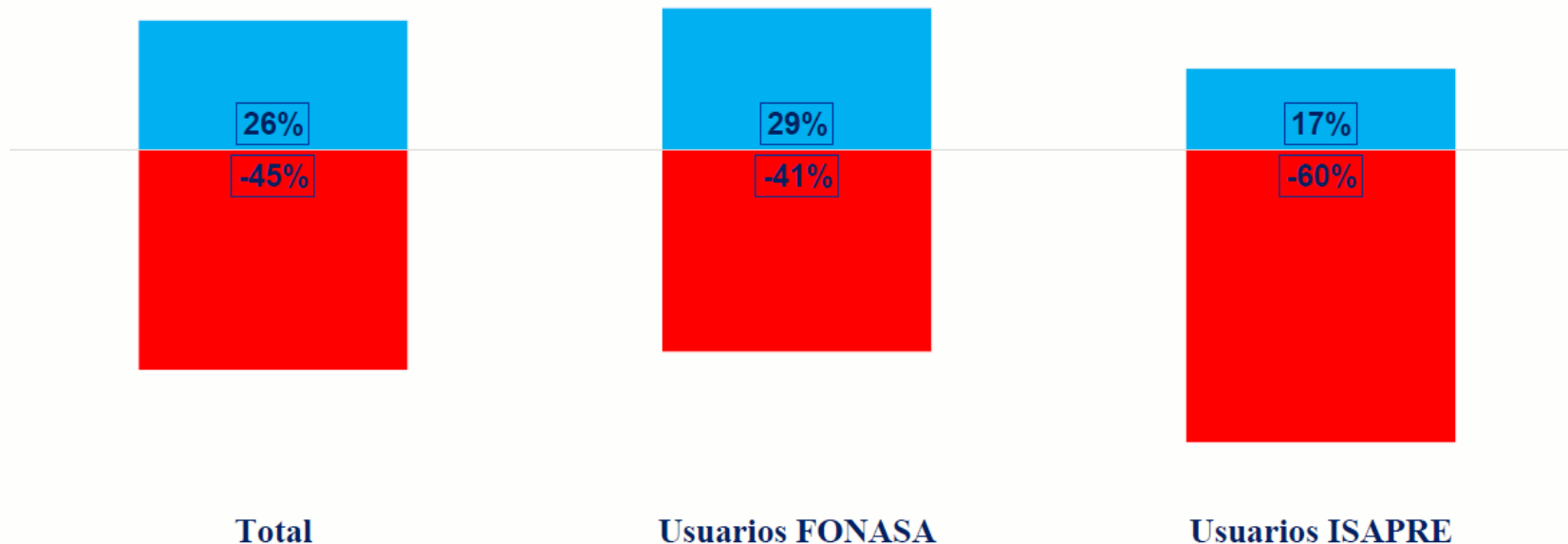
A2. ¿Por qué se siente desprotegido? | ABIERTA Y ESPONTÁNEA; Base: Aquellos que se siente Muy desprotegidos + Desprotegidos en A1



CONFIANZA SOBRE LA PROTECCIÓN: TRATAMIENTO EFECTIVO

A7.1 ¿Qué tan confiado está de que si usted se enferma de gravedad, usted recibirá el tratamiento más efectivo, incluido los medicamentos y exámenes?... Base: Total Muestra (n=1.893)

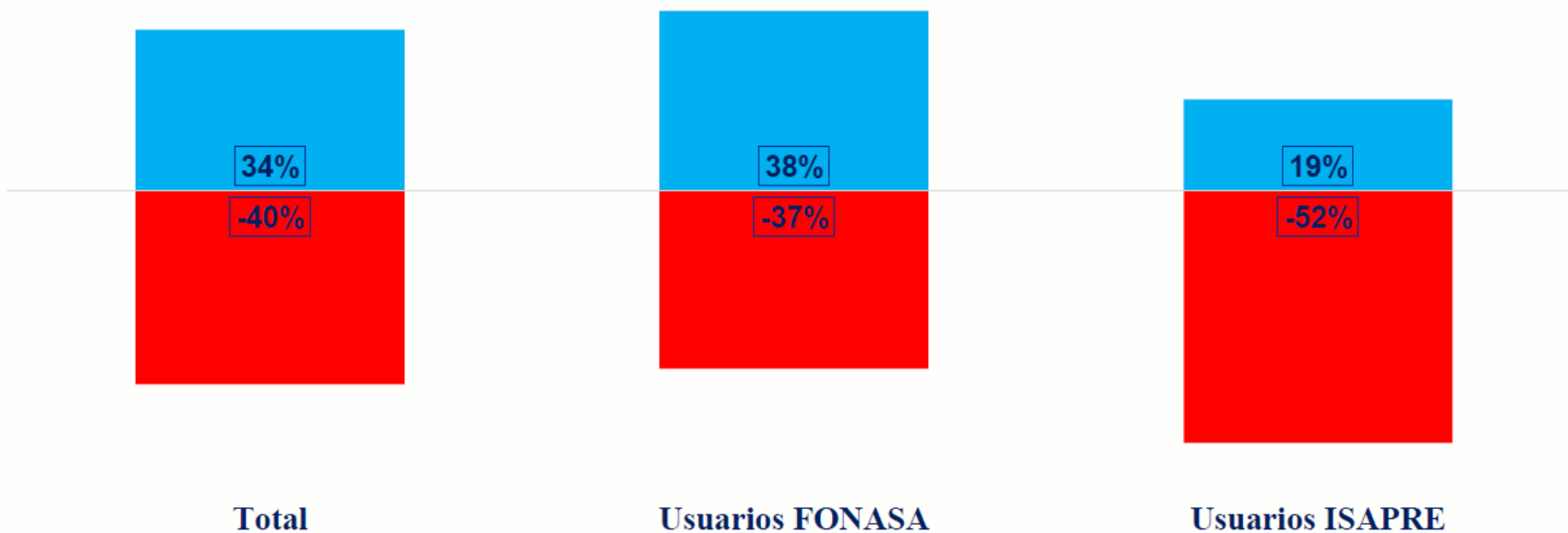
■ Confiado/Muy Confiado ■ No Muy Confiado/Nada Confiado



CONFIANZA SOBRE LA PROTECCIÓN: PODRÁ PAGAR

A7.2 ¿Qué tan confiado está de que si usted se enferma de gravedad, usted podrá pagar por la atención que necesita?... Base: Total Muestra (n=1893)

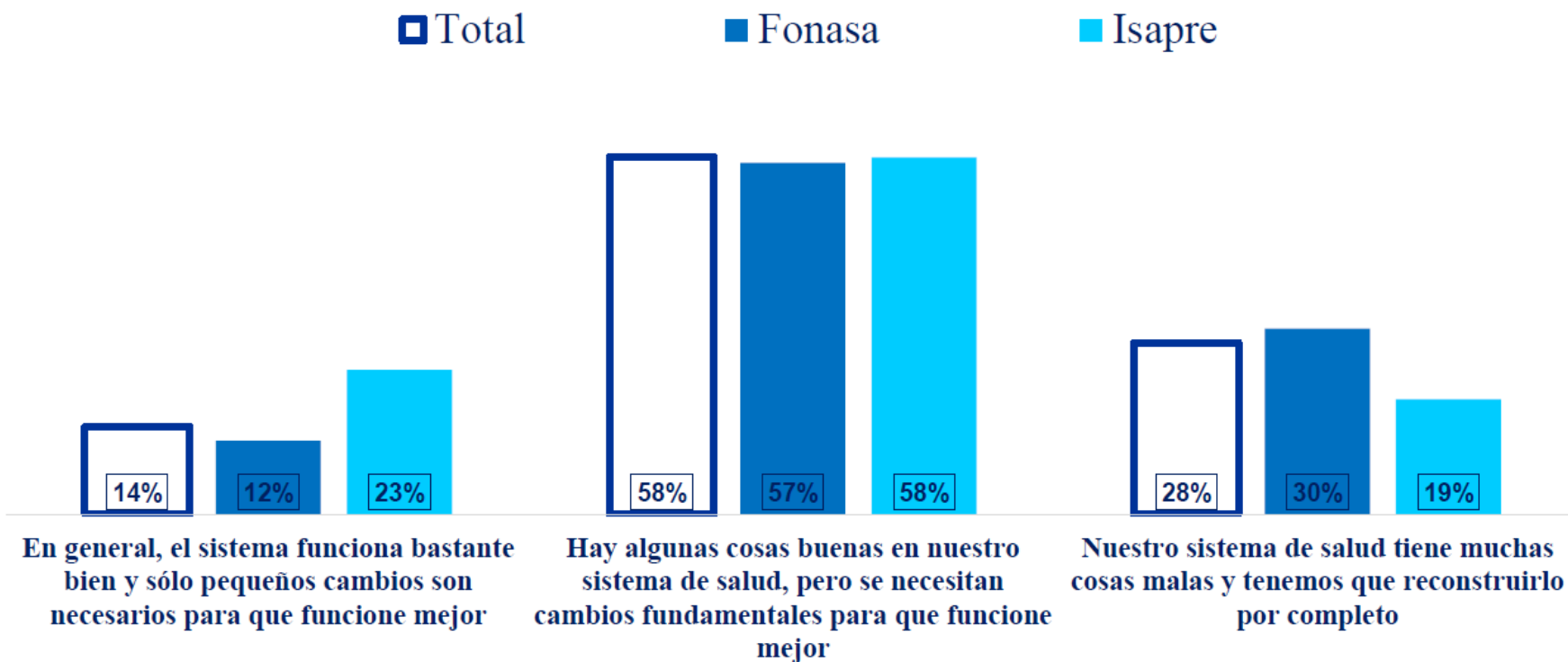
■ Confiado/Muy Confiado ■ No Muy Confiado/Nada Confiado



EVALUACIÓN GLOBAL DEL SISTEMA DE SALUD

A6. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se acerca más a expresar su punto de vista global del sistema de salud en este país?

Base: Total muestra (n=1.893)



Propuesta de nueva Constitución

“Artículo 44º

Toda persona tiene derecho a la salud y al bienestar integral, incluyendo sus dimensiones física y mental.

Los pueblos y naciones indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales, a mantener sus prácticas de salud y a conservar los componentes naturales que las sustentan.

El Estado debe proveer las condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de la salud, considerando en todas sus decisiones el impacto de las determinantes sociales y ambientales sobre la salud de la población.

Propuesta de nueva Constitución

“Artículo 44º

Corresponde exclusivamente al Estado la función de rectoría del sistema de salud, incluyendo la regulación, supervisión y fiscalización de las instituciones públicas y privadas.

El Sistema Nacional de Salud es de carácter universal, público e integrado. Se rige por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación.

Asimismo, reconoce, protege e integra las prácticas y conocimientos de los pueblos y naciones indígenas, así como a quienes las imparten, conforme a esta Constitución y la ley.

Propuesta de nueva Constitución

“Artículo 44º

El Sistema Nacional de Salud podrá estar integrado por prestadores públicos y privados. La ley determinará los requisitos y procedimientos para que prestadores privados puedan integrarse a este Sistema.

Es deber del Estado velar por el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones publicas de salud.

El Sistema Nacional de Salud es financiado a través de las rentas generales de la nación. Adicionalmente, la ley podrá establecer cotizaciones obligatorias a empleadoras, empleadores, trabajadoras y trabajadores con el solo objeto de aportar solidariamente al financiamiento de este sistema.

La ley determinará el órgano público encargado de la administración del conjunto de los fondos de este sistema.

Propuesta de nueva Constitución

“Artículo 44º

El Sistema Nacional de Salud incorpora acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, habilitación, rehabilitación e inclusión. La atención primaria constituye la base de este sistema y se promueve la participación de las comunidades en las políticas de salud y las condiciones para su ejercicio efectivo.

El Estado generará políticas y programas de salud mental destinados a la atención y prevención con enfoque comunitario y aumentará progresivamente su financiamiento.

¡MUCHAS GRACIAS!