

**Introducción a la Salud Pública**  
**CONCEPTOS BÁSICOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y**  
**SISTEMAS DE SALUD**

## I. INTRODUCCIÓN

En la vida de toda persona hay circunstancias en las cuales ésta ve limitadas sus capacidades para generar los ingresos que requiere para vivir. En términos genéricos, estas circunstancias se denominan **estados de necesidad** y corresponden a limitaciones que se derivan de situaciones de enfermedades y accidentes (laborales o comunes), cesantía, desempleo, maternidad, incapacidad temporal y parcial, invalidez, vejez, muerte, y sobrevivencia. También se relacionan con cargas propias de la vida familiar, así como otros tipos de necesidades de las personas como recreación y vivienda.

Estos **estados de necesidad** pueden corresponder a situaciones transitorias o prolongadas en el tiempo. Un ejemplo de una situación transitoria es la ocurrencia de una enfermedad aguda que impide que la persona pueda trabajar. La infancia y la vejez son ejemplos de situaciones prolongadas, pues constituyen etapas en las cuales las personas no participan en la fuerza laboral activa<sup>1</sup>. Hay incluso circunstancias que son permanentes, como una persona discapacitada mental o una persona que queda con tetraplejia después de un accidente.

A lo largo de la historia de la humanidad las sociedades han desarrollado diversos mecanismos para poder enfrentar estos estados de necesidad. Estos mecanismos oscilan entre soluciones de índole individual, o del núcleo cercano al individuo, hasta arreglos sociales institucionales que abarcan al conjunto de la sociedad.

Una definición amplia del concepto de seguridad social incluiría a la amplia variedad de respuestas que las personas, familias, organizaciones sociales y el Estado desarrollan para hacer frente a los estados de necesidad antes identificados.

Una definición que, aunque más restrictiva, es ampliamente aceptada entiende a la seguridad social como el sistema mediante el cual la sociedad, mediante mecanismos públicos debidamente organizados, otorga protección a sus miembros contra diferentes estados de necesidad.

Esta última es la definición que se encuentra en la base del análisis que se hace en este documento, pues en él se revisa la seguridad social y los sistemas de salud como arreglos que expresan maneras organizadas mediante las cuales la sociedad intenta responder a la necesidad de proteger a las personas en ciertos estados de necesidad.

Con este propósito, el documento, además de esta introducción, considera tres secciones temáticas. En la segunda sección, que sigue a la presente introducción, se analizan los elementos teóricos fundamentales que están en la base de la seguridad social y la tercera sección caracteriza algunos de los modelos de seguridad social más conocidos a nivel internacional. Después de este contexto de teoría y modelos de seguridad social, en la sección cuarta se revisan los sistemas de salud como uno de los componentes de la seguridad social, explicando sus funciones básicas y su organización.

---

<sup>1</sup> Cabe advertir que, en términos prácticos, en muchos países en vías de desarrollo con economías precarias, el trabajo infantil es un problema social muy importante.

## II. ASPECTOS TEÓRICOS

El núcleo central que subyace en los arreglos institucionales de seguridad social es el concepto de **seguro**. Conviene, por lo tanto, revisar este concepto como un paso necesario para poder comprender mejor las diversas maneras mediante las cuales las sociedades han buscado proteger a sus integrantes frente a los estados de necesidad.

El término seguro se encuentra en la literatura asociado a diversos significados. En general, pueden reconocerse, al menos dos ámbitos de definiciones: una primera acepción está relacionada con el propósito que éste persigue, se señala que seguro es *“un mecanismo que ofrece a los individuos protección contra riesgos”* (Barr, 2012: 108); una segunda acepción entiende el concepto de seguro como un método mediante el cual se puede alcanzar el propósito antes señalado y que, de manera más específica, se plantea como un contrato que establece una prima, es decir, un monto de dinero a pagar por una determinada cobertura de protección.

Como se ha señalado, existen diferentes maneras mediante las cuales los individuos y las sociedades pueden organizarse para cubrir riesgos. Por una parte, pueden mencionarse algunas soluciones como los ahorros personales, apoyo de familiares y amigos, o las obras de caridad, todas las cuales existen y se usan con cierta extensión. Por otro lado, se reconocen modalidades institucionales para cubrir los riesgos asociados a los estados de necesidad. Insistimos que es a este tipo de arreglos institucionales que nos referimos cuando hablamos de Seguridad Social.

Estos arreglos institucionales constituyen mecanismos de seguros, colectivos o individuales, mediante los cuales las personas y sociedades buscan protección frente a riesgos. En la base de los arreglos de seguros, sean éstos esquemas de seguros públicos o privados, subyace el concepto de incertidumbre. Se dice que las personas tienen aversión al riesgo, lo que significa que ellas sienten temor de un futuro en el que puedan estar en una situación más precaria que la actual. Por esta razón, las personas están dispuestas a pagar una cantidad marginal de sus ingresos de manera de reducir el nivel de incertidumbre. En otras palabras, una persona racional estaría dispuesta a reducir su ingreso en forma marginal, es decir en una pequeña fracción, con el objetivo de estar cubierta cuando en el futuro experimente una reducción dramática de sus ingresos debido a enfermedad o vejez. En otras palabras, puede decirse que esto es un intercambio que consiste en sacrificar una pequeña cantidad de dinero cuando se está saludable de modo de estar económicamente protegido cuando se está enfermo y más necesitado (Getzen, 2012).

En relación con los aseguradores, si bien los riesgos de ocurrencia de un evento a una persona individual en un determinado periodo son, obviamente, inciertos, el asegurador puede conocer los riesgos de que ese evento le ocurra a la población como un todo. En otras palabras, las personas que sufran algún problema pueden ser distintas, pero la cantidad global de personas que en el conjunto de la población presente ese problema en ese determinado periodo será estable. Por lo mismo, el asegurador tiene relativa certeza de la probabilidad de ocurrencia de ese evento para el conjunto de la población (Barr, 2012). Por ejemplo, aplicando el comportamiento observado de mortalidad de la población general de Chile, expresado en la tasa actual de mortalidad general de 5,7 por mil habitantes), se puede predecir con bastante certeza que el número de personas que morirán en el presente año 2018 será de 105.748; sin embargo no se puede predecir quiénes serán las personas que fallezcan.

Es esta relación de certeza a nivel poblacional e incertidumbre a nivel individual, la que posibilita el intercambio entre quienes ofrecen esquemas de seguros y quienes están dispuestos a adquirir seguros aceptando distribuir sus riesgos en un conjunto de personas, reduciendo así su incertidumbre individual.

Sobre la base de nuestra aversión al riesgo y disposición como personas a sacrificar hoy un pequeño porcentaje de nuestros ingresos para reducir el riesgo de futuras circunstancias adversas, se ha desarrollado una industria de seguros privados, que ofrece protección contra esos riesgos. Para que estos seguros privados funcionen y sean eficientes, sin embargo, existen condiciones que son necesarias (Barr, 2012):

- *Primero*, la probabilidad que a un determinado individuo, digamos Juan, le ocurra un evento debe ser independiente de la probabilidad que ese evento le ocurra a otros individuos. Esto significa que si, por ejemplo, Juan desarrolla una determinada enfermedad (por ejemplo, un infarto agudo del miocardio), el hecho que esa persona adquiera esa enfermedad no afecta la probabilidad que otra persona también la tenga.
- *Segundo*, la probabilidad debe ser menor a uno, porque de otro modo no existe posibilidad de distribuir riesgos. En otras palabras, si Juan tiene una enfermedad que es crónica, significa que su probabilidad de tenerla es absoluta, lo que a su vez significa que la posibilidad de que no la tenga no existe y, por lo mismo, la posibilidad de distribuir riesgos entre diferentes personas tampoco es posible.
- *Tercero*, la probabilidad debe ser conocida o posible de estimar. Si no se puede conocer o estimar el riesgo que Juan presente un determinado problema, por ejemplo una enfermedad, tampoco es posible estimar un cierto precio que Juan estaría dispuesto a pagar por obtener protección frente a la posibilidad de tener ese determinado problema.
- *Cuarto*, no puede haber *selección adversa* ni *daño moral*, conceptos que por su importancia explicamos a continuación en mayor detalle.

Selección adversa es una expresión de asimetría de información entre la institución aseguradora y la persona asegurada. Esto puede ocurrir cuando una persona que sabe que posee algunas características que la hacen ser más riesgosa engaña al asegurador (no informa de sus riesgos) con el fin de obtener una mejor póliza, que le signifique pagar menos por más beneficios. Por ejemplo, existe selección adversa cuando al contratar un seguro de vida, una persona que practica deportes de alto riesgo declara que no lo hace y así obtiene el mismo monto a pagar que una persona que efectivamente no hace deportes de alto riesgo.

Daño moral, o *moral hazard*, corresponde al problema que surge cuando las personas cambian de conducta debido al hecho de estar asegurados y perciben que sus pérdidas, es decir el dinero que deben pagar por el seguro se van haciendo mayores. Comparada con una persona que no tiene seguro de salud, una persona que sí está cubierta por un seguro, probablemente, buscará más atención médica (por ejemplo, hará más consultas al médico) y también mejores y más caras comodidades (por ejemplo, una pieza individual, con baño privado, con TV cable, en una clínica). Todo esto, a su vez, implicará costos más altos que aquellos que la institución aseguradora estimó en forma previa sobre la base de registros de personas no aseguradas.

Después de revisar estos aspectos generales sobre seguros, volvamos entonces al tema de salud para ver si los conceptos recién explicados operan igual que en cualquier otro sector. Cuando hablamos de salud, las condiciones anteriormente mencionadas para el funcionamiento de los seguros privados son difíciles o casi imposibles de alcanzar. Por ejemplo, en el caso de personas que tienen enfermedades crónicas o sufren de enfermedades congénitas, la probabilidad de que esos respectivos eventos ocurran es absoluta y, por lo tanto, no hay posibilidades de distribuir ese riesgo.

Los esquemas de **seguridad social** dejan de lado la lógica individual y se plantean desde una perspectiva colectiva, teniendo como propósito responder a este tipo de problemas y distribuyendo los riesgos en toda la población, lo que significa que las pérdidas de un individuo pueden ser compartidas por muchos otros (Getzen, 2012).

Recapitulando, podemos entonces decir que un **seguro privado** es un acuerdo entre una persona individual (el asegurado) y una entidad aseguradora, mediante el cual el asegurado se compromete a un cierto pago (prima) a la entidad aseguradora a cambio del cual adquiere de ésta un compromiso de

protección frente a determinados riesgos de sufrir el estado de necesidad contra el que el asegurado busca protegerse.

Por otra parte, un **seguro social** es un *arreglo institucional público que expresa una manera organizada mediante la cual la sociedad intenta responder a la necesidad de proteger a las personas en ciertos estados de necesidad*<sup>2</sup>. La seguridad social, entonces, busca ofrecer protección financiera que evita el gasto catastrófico y empobrecedor.

Como existen personas que pudieran no ser previsoras y ni estar dispuestas a contribuir para el sistema de seguridad social, estos esquemas se basan en que las personas que trabajan de manera remunerada están obligadas a contribuir. Estas contribuciones, como veremos en la siguiente sección, pueden ser mediante impuestos generales o mediante cotizaciones específicas para salud. Por otra parte, el hecho que la seguridad social tenga una *membresía obligatoria* es un mecanismo protector que previene que quienes tienen bajos riesgos se salgan del sistema, protegiendo así el valor de la **solidaridad** dentro del sistema. El principio de solidaridad cobra sentido porque se aplica a un bien social y no a un bien que puede regirse por las leyes del mercado

En resumen, entonces, podemos afirmar que la seguridad social refleja un acuerdo social, es decir un acuerdo del conjunto de la sociedad y cuyo cumplimiento es garantizado por el Estado, mediante el cual se busca brindar protección universal a todos los grupos poblacionales que conforman la sociedad y que tiene las siguientes características:

- 1) Otorgar protección a todos los ciudadanos con independencia de su condición económica, lo que en el objetivo de *cobertura universal y la concepción de la salud como un derecho*.
- 2) Otorgar protección contra riesgos que no pueden ser cubiertos con la lógica individual propia de los seguros privados. Es este fundamento de *solidaridad intra generacional de sanos a enfermos*, lo que permite que el riesgo del enfermo crónico, o de quien nace con una enfermedad congénita, se pueda distribuir en toda la sociedad.
- 3) Dado que los riesgos pueden variar en el tiempo, y de hecho, en el largo plazo los riesgos se tornan desconocidos para el asegurador, la seguridad social permite enfrentar de mejor modo el manejo de riesgos de largo plazo, puesto que al estar basada en la protección de un colectivo, permite la *solidaridad intergeneracional o entre generaciones*.

Después de esta breve revisión teórica, en la siguiente sección se analizarán algunos de los modelos más conocidos de seguridad social.

---

<sup>2</sup> De acuerdo con esta definición, las ISAPREs chilenas no corresponden a seguros privados, como ellas se definen, sino que a instituciones privadas que administran un seguro público obligatorio. Esta definición tiene profundas implicancias sobre el rol de estas instituciones provisionales de salud en el sistema de salud chileno, cuya discusión exceden el alcance del presente documento.

### III. MODELOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Lo que hoy se conoce como instituciones de la seguridad social en Chile y otros países, en realidad expresan procesos acumulativos, generalmente largos y complejos, que constituyen esfuerzos sucesivos a lo largo de la historia de estos países.

Es posible distinguir varias modalidades de arreglos institucionales de seguridad social, los cuales se clasifican de acuerdo a las fuentes de financiamiento y que serán analizadas en la cuarta sección de este documento, al revisar la función de financiamiento.

Al referirse a estas modalidades, es común usar el término seguridad social para referirse a la modalidad basada en contribuciones obligatorias, que surgió en Alemania a fines del siglo XIX y que se analiza más adelante. Sin embargo, como ya se ha señalado en forma previa, el término *Seguridad Social* corresponde a todas las modalidades de arreglos institucionales que buscan proteger a las personas frente a estados de necesidad.

Entre los modelos más paradigmáticos de seguridad social destacan los de algunos países europeos como Alemania e Inglaterra, los cuales ejercieron gran influencia para dar forma a los sistemas desarrollados en Chile y otros países latinoamericanos. Como se verá, el sistema de salud constituye sólo una parte del arreglo de seguridad social.

En el caso de Alemania, su sistema fue creado en el año 1883, bajo el gobierno del canciller Otto Von Bismark. Constituye el prototipo de los sistemas basados en **contribuciones mediante cotizaciones obligatorias**. El origen de este sistema, sin embargo, es mucho más antiguo y encuentra sus bases en arreglos medievales de grupos de trabajadores de un mismo oficio (zapateros, sastres, artesanos, etc.) que se agrupaban en mutualidades con la finalidad de socorrerse y apoyarse unos a otros frente a los estados de necesidad de sus miembros. Las principales características de este modelo se describen en el cuadro 1.

CUADRO 1. MODELO BISMARKIANO

- Seguro obligatorio de salud que es parte de la seguridad social (pensiones, desempleo, maternidad, viudez, discapacidad, etc.).
- Filiación obligatoria.
- Financiamiento mediante contribuciones ligadas al trabajo (mayor fuente). Estado también contribuye.
- Contribuciones son un porcentaje fijo de las remuneraciones.
- Fondos de seguros son autónomos (independencia del gobierno) y altamente regulados por el Estado (Europa).
- Gran variedad de fondos o entidades aseguradoras (gran mayoría son entidades sin fines de lucro):
  - Alemania, más de mil; Holanda, más de 50; Suiza, alrededor de 200; Francia, menos de 20; Bélgica, menos de 10
- Cobertura varía
  - Alemania y Holanda: cobertura obligatoria bajo cierto nivel de ingresos (sobre ese nivel se puede elegir seguros privados o ninguno)
  - En algunos países, cobertura es parcial para algunos grupos de población
- Prestación sigue patrones de práctica privada de médicos; alto número de camas hospitalarias no pertenecientes al Estado

Fuente: Adaptado de Roemer, 1991.

En el caso de Inglaterra también existen antecedentes muy antiguos. Uno de los más importantes es la Ley del Pobre (*Poor Law Act*), de 1601, la cual establece responsabilidades para que los condados se preocupen de sus pobres. Así, aquellas personas categorizadas como “pobres impotentes” eran enviadas a asilos, en tanto aquellos “pobres con capacidad de trabajar” (*able-bodies*) eran enviados a “casas de

corrección donde debían trabajar para obtener su sustento. Quienes se rehusaban a trabajar eran castigados.

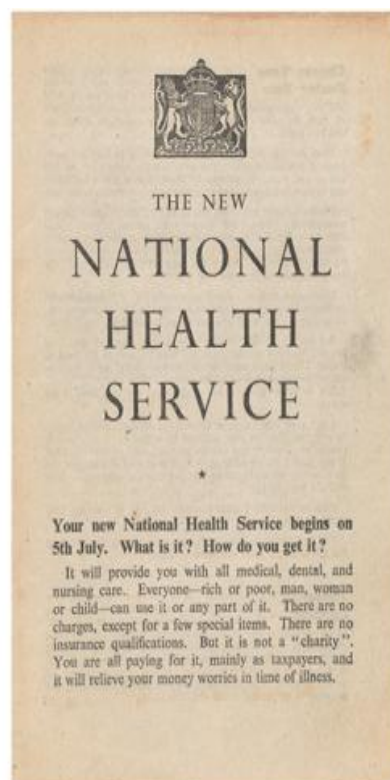
Aunque durante el siglo XIX, en Inglaterra también se desarrollaron arreglos sobre la base de mutualidades de trabajadores, no es sino hasta el periodo inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial que se organiza el modelo que hoy conocemos como **Modelo Beveridge**, en honor a Sir William Beveridge, quien dirigió la comisión parlamentaria que sentó las bases de esta modalidad. El cuadro 2, resume las principales conclusiones del Informe Beveridge.

CUADRO 2. CONCLUSIONES INFORME BEVERIDGE (1942)

- Extender seguridad social (desempleo, discapacidad, ancianidad, otro) desde la cuna hasta la tumba (*from cradle to grave*).
- Proveer servicios a todos los ciudadanos de acuerdo a sus necesidades, a través de un Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*).
- Valores del NHS:
  - Universalidad.
  - Solidaridad.
  - Integridad.
  - Gratuidad al momento de usar el servicio.

Fuente: Adaptado de Roemer, 1991.

En este contexto, en 1948 se crea en Inglaterra el National Health Service, que tuvo una enorme influencia como modelo para la creación del Servicio Nacional de Salud en Chile. El cuadro 3 presenta las características más relevantes del sistema de atención de salud inglés que se inserta en este arreglo global de seguridad social.



Folleto difundiendo "The New National health Service"

CUADRO 3. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD INGLÉS

- Financiamiento mediante impuestos generales (nacional, regional o local)
- Hay desarrollo de financiamiento privado, pero sólo complementario
- Cobertura universal, como derecho ciudadano sin selección adversa (listas espera)
- Sistema prestador público (NHS) organizado en regiones o distritos sanitarios, con hospitales públicos (uso de algunos mecanismos de mercado)
- Fórmulas de distribución de recursos financieros a regiones sanitarias
- Médicos generales son prestadores privados en red con sistema público (sistema inglés)
- Algunos países con modelo NHS: Reino Unido, Países Norte de Europa (Dinamarca, Finlandia, Suecia); Ex colonias británicas del Caribe

Fuentes: Adaptado de Roemer, 1991 y WHO, 1997.

En América Latina, ya en la segunda mitad del siglo XIX, el Estado reconoció la higiene pública y las políticas de sanidad como funciones propias y delegó a instituciones filantrópicas, principalmente vinculadas con la Iglesia Católica, las actividades de atención de salud como cuidados de enfermería y atención hospitalaria (Abel, 1996).

En Chile, los primeros esfuerzos de organización de la seguridad social cristalizan en 1924 con la promulgación de la Ley del Seguro Obrero de 1924, lo cual significó incorporar a las funciones del Estado responsabilidades en la cobertura asistencial de algunos grupos de población, particularmente grupos de trabajadores y sus cargas. Posteriormente se incorporarían al ámbito de responsabilidades estatales algunos programas preventivos específicos (Tuberculosis, Enfermedades de transmisión sexual, entre otras) a través de la promulgación de la Ley de Medicina Preventiva de 1938.

Bajo el influjo de la organización de los modelos de seguridad social europeos, el escenario latinoamericano vería la emergencia de diversos modelos nacionales. Como se ha señalado anteriormente, estimulado por el ejemplo del NHS inglés, Chile crearía en 1952 un sistema nacional de salud, llamado Servicio Nacional de Salud (SNS), considerado un paradigma de sistema integrado para los países en vías de desarrollo (Roemer, 1991). Otros países organizaron sistemas que tuvieron como base el modelo Bismarkiano de Seguridad Social (Ej. México, Paraguay, Ecuador, entre otros).

Después de revisar como los elementos teóricos presentados en la segunda sección de este documento se expresaron en arreglos concretos en algunos países, en la siguiente sección se desarrolla un análisis de los sistemas de salud que, como se ha dicho, forman parte del marco global de la seguridad social.

#### IV. SISTEMAS DE SALUD

Recapitulando sobre lo que se ha desarrollado en las secciones precedentes, puede señalarse que las personas y las comunidades tienen necesidades, una de las cuales es la atención de salud. Para poder responder a esas necesidades, las sociedades organizan **sistemas de salud**. Puede decirse entonces que un **sistema de salud** es la respuesta socialmente organizada para enfrentar problemas de salud de la población. En una definición formal, puede señalarse que un sistema de salud “Comprende a todas las organizaciones, instituciones y recursos dedicados a generar acciones de salud” (OMS, 2000).

El propósito primordial o definitorio de los sistemas de salud, su “razón de ser” en la sociedad, es proteger o mejorar la salud de la población. Desde una perspectiva de Determinantes Sociales de la Salud, otros sistemas de la sociedad pueden influir o afectar la salud de la población, sin embargo, esa no constituye su meta primordial. Un ejemplo de aquello es el sistema educacional que influye mucho sobre la salud de las personas, aunque su meta definitoria es educar (OMS, 2000)

El sistema de salud puede ser definido como la institución de la seguridad social para otorgar protección ante las necesidades de salud de la población. Como tal, difiere de otros sistemas como el de mercado (para la mayoría de los bienes de consumo y servicios), de dos formas. Primero, que la atención sanitaria puede ser catastróficamente costosa (recordar el concepto de consecuencias diferenciales en salud), “de modo que es fundamental que la gente esté protegida para que no se vea obligada a optar entre la ruina económica y la pérdida en salud” (OMS, 2000, p.26). Los mecanismos para distribuir el riesgo y otorgar protección financiera (ver características de la seguridad social en página 4 del presente documento), requieren una mirada colectiva y no basada en el riesgo individual. Segundo, la enfermedad misma y la atención médica y de otros profesionales de la salud, “pueden amenazar la dignidad de las personas y su capacidad para controlar lo que le ocurre más que en la mayoría de los demás sucesos a los que está expuesta” (OMS, 2000, p.26). Por eso es fundamental que en la capacidad de respuesta del

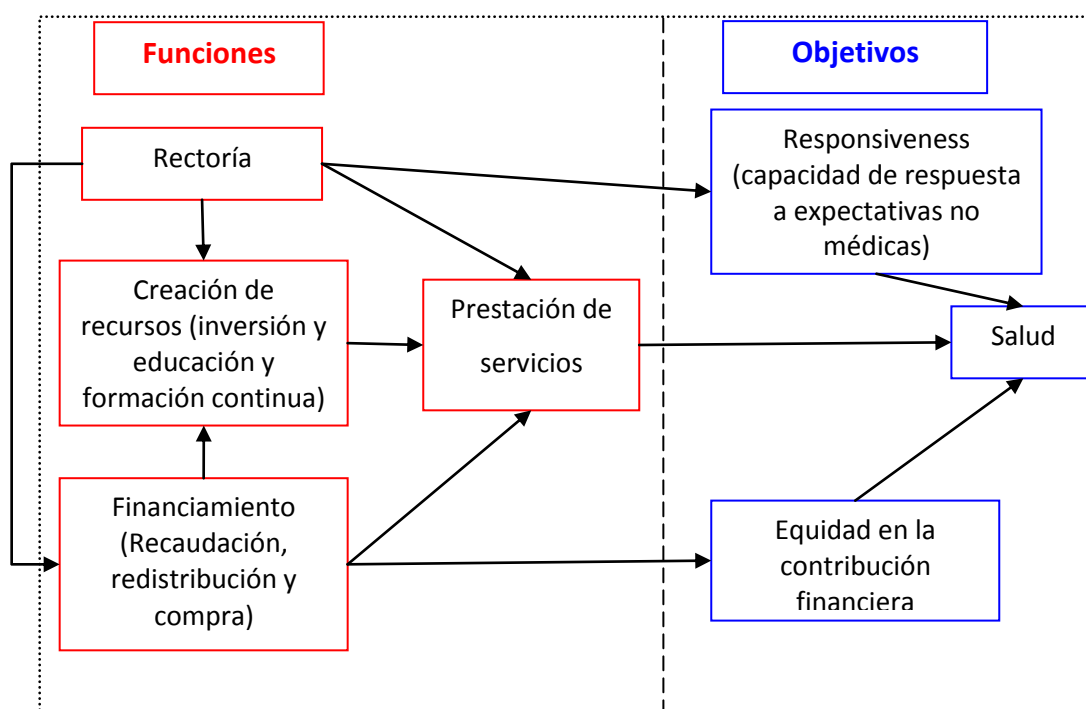


sistema de salud esté considerado, entre otras necesidades no técnicas o no médicas de las personas, el respeto a la dignidad y autonomía personales, así como acoger de manera adecuada el temor y la vergüenza que la enfermedad puede traer consigo.

En todo sistema de salud es posible reconocer ciertas funciones básicas (*rectoría, generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios*) y ciertos objetivos (*contribución financiera justa, capacidad de respuesta a expectativas no médicas y mejoramiento global del nivel de salud*). La figura 1 presenta el marco conceptual desarrollado por la Organización Mundial de la Salud y que sistematiza las relaciones entre las funciones y los objetivos básicos de un sistema de salud (OMS, 2000).

**FIGURA 1. FUNCIONES Y OBJETIVOS DE UN SISTEMA DE SALUD**

Usando este marco conceptual como referencia, se analizará brevemente cada una de las funciones y de los objetivos de un sistema de salud.



Fuente: OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.

## 1. FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD

### a. Función de Financiamiento

La función de financiamiento corresponde a la modalidad mediante la cual se recaudan o colectan los recursos financieros para el sistema de salud. Las modalidades de financiamiento son las siguientes:

- **Impuestos generales:** corresponden a los impuestos que pagan todas las personas y empresas (ej. impuesto a la renta, IVA, etc.).
- **Cotizaciones obligatorias para salud:** corresponde a un determinado porcentaje de la remuneración mensual que se destina a salud. En el caso de Chile, esta cotización es del 7% sobre la base de renta imponible. A las personas se le descuenta también para los fondos de pensiones. Si se consideran ambas cosas juntas, la cotización mensual que las personas destinan a seguridad social en Chile es de casi 21% del sueldo mensual.
- **Seguro voluntario:** corresponden a contratos individuales que una persona puede hacer con una empresa de seguros privada, por ejemplo para complementar los beneficios del seguro obligatorio. En Chile, hay empresas de seguros que ofrecen cobertura para cánceres y otras enfermedades de alto costo.
- **Pago de bolsillo:** corresponde al desembolso directo que hacen las personas al demandar atención de salud (por ejemplo, el dinero que se gasta al comprar un bono (copago); el dinero que se gasta en medicamentos).

Una vez que los recursos financieros han sido recolectados, estos dineros deben ser distribuidos al interior del sistema para financiar las prestaciones que se entregan a la población. Al distribuir los recursos se hacen operativos los valores de solidaridad y equidad, pues habrá personas que contribuyen

al financiamiento en una proporción mayor que los beneficios que reciben, dado que sus necesidades son menores. Por otra parte, habrá personas que recibirán proporcionalmente mayores beneficios que sus aportes.

La función de financiamiento también incluye el pago a prestadores de servicios de salud (a esto también se le llama función de compra), el cual se hace mediante diversos mecanismos, como por ejemplo: pago por población inscrita con el prestador o pago per capita, pago por servicios (el bono de FONASA o de ISAPRE en el caso de Chile), pagos por caso resuelto (en Chile se les llama PAD: pagos asociados a diagnóstico), entre otros.

#### b. *Función de prestación de servicios*

La función prestadora es la más identificable para el común de las personas. Corresponde a las tareas que hacen el médico y otros profesionales del área y los equipos de salud. Pueden identificarse prestadores individuales (el médico en su consulta propia) y prestadores institucionales (una clínica privada, un hospital público).

Por otra parte, los prestadores pueden estar aislados (un centro médico, un laboratorio de exámenes clínicos) o bien pueden formar parte de redes públicas (por ejemplo el Servicio de Salud Metropolitano Norte en Santiago) o redes privadas (por ejemplo Integramédica o Megasalud).

#### c. *Función de generación de recursos*

En esta función se incluye la educación y formación continua (por ejemplo la formación de nuevos médicos por parte de la Universidad de Chile y otras universidades; los cursos de educación continua que ofrece la misma Universidad de Chile). También incluye la inversión en tecnología (equipos de diagnóstico y tratamiento) y en infraestructura (ej. construcción de consultorios de nivel primario y de hospitales).

#### d. *Rectoría*

Esta función es fundamental, pues es la función guardiana del conjunto del sistema. Corresponde al conjunto de tareas que desarrolla el estado para hacer que todas las otras funciones se desarrollen de manera armónica para alcanzar los objetivos de responsabilidad social del conjunto del sistema de salud. Entre estas tareas, pueden destacarse las definiciones de políticas y normas y la supervisión y control de su cumplimiento.

Todas las funciones previas podrían ser desempeñadas por agentes públicos o privados, sin embargo la rectoría corresponde a una responsabilidad indelegable del Estado.

---

## 2. OBJETIVOS DE UN SISTEMA DE SALUD

### a. *Contribución financiera justa*

En un sistema de salud importa no sólo que se recauden los recursos que el sistema necesita para desarrollar sus funciones y alcanzar sus objetivos, sino que también importa cómo se hace esa recaudación. Lo que subyace detrás de este planteamiento es la noción de **equidad**<sup>3</sup>, porque no todas las personas tienen igual capacidad para contribuir al financiamiento del sistema. En este sentido importa que quienes tengan más capacidad también contribuyan más, ayudando de este modo a financiar el sistema para aquellos que tienen menor capacidad o simplemente no tienen ingresos para contribuir.

---

<sup>3</sup> Equidad es mejor definida desde su ausencia, planteándose que inequidades son "*diferencias que son innecesarias y evitables, y además, consideradas injustas*" (Whitehead, 1990).

Consecuentemente con lo anterior, desde el principio de la **solidaridad**, que es un pilar de la seguridad social, corresponde que los jóvenes financien a los viejos (esto se llama solidaridad intergeneracional), los ricos financien a los pobres y los sanos financien a los enfermos.

#### b. Capacidad de respuesta a expectativas no técnicas

Normalmente los prestadores enfocan su atención a los aspectos técnicos de la atención (realizar correctamente la técnica quirúrgica, usar los medicamentos probadamente más efectivos, controlar las infecciones intrahospitalarias, etc.). Sin embargo, a los usuarios les importan otros aspectos relacionados con su nivel de autonomía, respeto y comodidad. Este objetivo buscar relevar estos aspectos no técnicos de la atención de salud (ej. trato, horario de visitas, horario de comidas, respeto a la intimidad, etc.), pues ellos también son importantes para alcanzar el objetivo final del sistema, que no es otro que mejorar el nivel de salud.

#### c. Mejoramiento global del nivel de salud

El propósito que persigue todo sistema de salud es aumentar el nivel de salud de las personas, individuales y en comunidad, de modo que la calidad de vida personal y colectiva mejore.

## V. CONCLUSIONES

En el presente documento se ha revisado el concepto de seguridad social en un plano teórico y también las expresiones más características que esto ha tenido en la realidad de los países.

Se ha revisado también el tema de los sistemas de salud como componentes de los sistemas de seguridad social, analizando sus funciones y objetivos.

El sentido más profundo de la seguridad social, incluyendo en ella a los sistemas de salud, es la protección colectiva, que puede resumirse en que las personas deben contribuir al financiamiento de los sistemas de seguridad social en función de sus capacidades y recibir los beneficios en función de sus necesidades, y que requiere la solidaridad como base para su funcionamiento.

## VI. REFERENCIAS

1. Abel, C. (1996): *Health, Hygiene and Sanitation in Latin America 1870-1950*. Institute of Latin American Studies. Research Paper No 42. Londres: University of London.
2. Barr, N. (2012). *The Economics of the Welfare State*. Fifth Edition. Oxford: Oxford University Press.
3. Getzen, T (2012) *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc.
4. Roemer, M.I (1991). *National Health Systems of the World*. Volume I The Countries. New York and Oxford: Oxford University Press.
5. Whitehead M. (1990). *The Concepts and Principles of Equity and Health*. WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen.
6. WHO (1997). *European Health Care Reform: Analysis of current strategies*. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO regional publications. Europe series; No. 72. Copenhagen: WHO.
7. OMS (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS