

Oscar Arteaga, Cristián Rebolledo, Nicolás Silva,  
Cristóbal Cuadrado, Soledad Martínez, Jens Holst

## Das chilenische Gesundheitssystem und die Primärversorgung: erfolgreiche Integration?

### Zusammenfassung

*Das chilenische Gesundheitswesen ist durch eine ausgeprägte Zweiteilung gekennzeichnet, die anders als in Deutschland auch die Leistungserbringerseite einschließt. Dieser Beitrag beleuchtet zunächst die historische Entwicklung des chilenischen Gesundheitssystems von den Anfängen bis zur jüngsten umfassenden Reform von 2005 unter besonderer Berücksichtigung der Primärversorgung. Es zeigt sich, dass segmentierte Systeme vor allem aufgrund ihrer organisatorischen Unterteilung und der unterschiedlichen Finanzierungsströme einer Stärkung der Primärversorgung im Wege stehen. Abschließend analysiert der Beitrag denkbare Schlussfolgerungen aus den chilenischen Versuchen einer besseren Integration der Primärversorgung für die aktuelle Debatte in Deutschland.*

### Abstract

*The Chilean health care system is characterised by a striking segmentation that includes also health care providers – different from the situation in Germany. The paper starts depicting the historical evolution of the Chilean healthcare sector from the beginning until the most recent major reform of 2005, with particular reference to primary health care (PHC). Obviously, segmented healthcare systems tend to make efforts to strengthen PHC more challenging due to organisational division and separate financial flows. Finally, the article analyses conceivable lessons learned from the Chilean approach to better integrate PHC in view of the current debate on PHC in Germany.*

### Resumen

*El sistema de salud chileno se caracteriza por una clara segmentación que incluye el sector prestador, a diferencia de la situación en Alemania. Este artículo comienza con una presentación de la evolución histórica del sistema sanitario desde los principios hasta la más reciente reforma am-*

*plia del 2005, poniendo énfasis en la atención primaria de salud (APS). Se puede concluir que los sistemas segmentados tienden a estorbar el fortalecimiento de la APS, principalmente por la división organizativa y la separación de los flujos financieros. Al final, el artículo analiza posibles lecciones aprendidas que se pueden sacar de los enfoques chilenos de mayor integración de la APS para el debate actual en Alemania.*

### Einleitung

Seit den 1990er Jahren liegt zunehmende empirische Evidenz für einen positiven Zusammenhang zwischen gesundheitlicher Primärversorgung (primary health care = PHC) und den Gesundheitsindikatoren eines Landes vor (Starfield 1991, 1994). Zumindest für die Industrienationen der westlichen Welt ließ sich zeigen, dass eine größere Bedeutung der Primärversorgung in einem Gesundheitssystem mit guten gesundheitlichen Ergebnissen und insbesondere mit vergleichsweise niedrigen Gesundheitsausgaben, größerer Patientenzufriedenheit, besserem Gesundheitszustand und niedrigem Medikamentengebrauch verbunden ist (ibid.). Vor diesem Hintergrund wurde Primary Health Care (PHC) zu einer wichtigen Strategie zur Erreichung des programmatischen Ziels »Gesundheit für Alle«.

Chile leitete 2005 eine Gesundheitsreform ein, mit der das Land auf den demografisch-epidemiologischen Wandel, gesundheitliche Ungleichheiten und die Unzufriedenheit der NutzerInnen des Gesundheitswesens reagierte. Ein zentraler Bestandteil dieser Reform war die Trennung der Funktionen, um das öffentliche Teilsystem zu stärken, soziale Ungleichheiten abzubauen und vor allem die medizinische Versorgung stärker an der Primärversorgung auszurichten. Explizite Ziele waren die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Ergebnisse, die Anpassung an die Herausforderungen der alternden Bevölkerung, der Abbau von Ungleichheiten und die Befriedigung des Bedarfs sowie der Erwartungen der BürgerInnen (MINSAL 2008). Das Versorgungsmodell galt dabei als Reforminstrument, da es die Gesundheitsförderung, die Prävention, die Integration der Versorgung und die Stärkung der Primärversorgung einbezieht.

Im Zuge der Reform von 2005 setzte sich erneut die Erkenntnis durch, dass PHC im Rahmen eines umfassenden Versorgungsmodells und mit einem Zuschnitt auf Familie und Gemeinde Grundlage für die Entwicklung des Gesundheitssystems sein sollte. Allerdings gilt PHC weiterhin als Versorgung geringer Komplexität, auch wenn sie in der Lage ist, 90 % der gesundheitlichen Probleme einer Bevölkerung zu lösen, zu-

gleich Ausgangspunkt der allermeisten Überweisungen an bzw. von den anderen Versorgungsniveaus ist und damit den Großteil der ambulanten Gesundheitsbedarfs befriedigt (MINSAL 2008). Dessen ungeachtet gibt es Faktoren, die der Reformabsicht im Wege stehen, PHC besser in die gesamte gesundheitsbezogene Versorgung zu integrieren.

Der vorliegende Beitrag beschreibt und analysiert die Geschichte des chilenischen Gesundheitswesens unter besonderer Berücksichtigung der Primärversorgung und geht dabei insbesondere auf die Faktoren ein, die erkennbaren Einfluss auf die aktuelle Situation hatten. Der folgende Abschnitt fasst zunächst die wichtigsten historischen Entwicklungen des chilenischen Gesundheitssystems zusammen und beschreibt einige spezifische Elemente des primären Versorgungsniveaus in verschiedenen historischen Phasen. Es folgen eine Darstellung ausgewählter Aspekte der Primärversorgung in Chile und eine kritische Analyse des chilenischen Gesundheitssystems unter besonderer Berücksichtigung der Bereiche, die nach Auffassung der AutorInnen einer Weiterentwicklung zu einem integrierten Versorgungssystem im Wege stehen. Das Abschlusskapitel widmet sich vergleichenden Betrachtungen und möglichen Rückschlüssen der chilenischen PHC-Erfahrungen auf die Primärversorgung in Deutschland.

#### *Die historische Entwicklung des chilenischen Gesundheitswesens<sup>1</sup>*

Das chilenische Gesundheitssystem entstand seit den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts im Zuge sukzessiver Bemühungen, ein soziales Sicherungssystem aufzubauen. Die wichtigsten Eckpunkte in dieser Anfangsphase waren

1. Verabschiedung des Gesundheitsgesetzes (*Código Sanitario*) im Jahr 1918, das öffentliche Verantwortlichkeiten für allgemeine Hygiene und Präventionsprogramme definierte.
2. das 1924 verabschiedete Sozialversicherungsgesetz, das ArbeiterInnen (*blue collar workers*) und ihren Familienangehörigen soziale Absicherung im Krankheitsfall gewährleistete.
3. Gründung des Gesundheitsministeriums 1924 (Illanes 1993; Jiménez und Bossert 1995).

Einige WissenschaftlerInnen erklären diese frühe Entwicklung als Antwort auf den Druck der Arbeiterorganisationen in der Salpeterindustrie

1 Vergleiche hierzu auch die Ausführungen von Vallejos (1976) als frühe deutschsprachig erschienene Darstellung der Entwicklung und Herausforderungen des chilenischen Gesundheitswesens, die zudem eine Beschreibung der Gesundheitspolitik der Unidad-Popular-Regierung 1970-73 enthält.

im Norden des Landes und mit dem Einfluss der europäischen Sozialversicherungsmodelle auf liberale PolitikerInnen und die medizinisch-gesundheitswissenschaftliche *Intelligentsia* (Miranda 1993; Illanes 1993). Dabei ist zu betonen, dass jenes frühe Sozialversicherungsgesetz Angestellte (*white collar workers*) nicht einschloss, was den ersten Schritt zum Aufbau eines unterteilten Gesundheitssystems bedeutete.

Mit der Verabschiedung des Präventionsmedizingesetzes (*Ley de Medicina Preventiva*) folgte 1938 die Einführung von Überwachungsprogrammen für einige Krankheiten wie Tuberkulose, Syphilis und Krebs (Jiménez und Bossert 1995). Auch wenn dieses Gesetz sowohl ArbeiterInnen als auch Angestellte erfasste, gab es Letzteren das Recht, ihr eigenes gesundheitliches Präventionssystem aufzubauen. Das ermöglichte 1942 die Einführung eines medizinischen Dienstes ausschließlich für Angestellte. Die Entstehung dieses Nationalen Medizinischen Dienstes für Angestellte (*Servicio Médico Nacional de Empleados* – SERMENA (Horwitz et al. 1995) wurde der zweite Meilenstein beim Aufbau eines mehrgliedrigen Gesundheitswesens.

Im Jahr 1952 entstand der Nationale Gesundheitsdienst (*Servicio Nacional de Salud* – SNS). Obwohl der SNS mit seinen präventiven und gesundheitsfördernden Aktivitäten für die gesamte chilenische Bevölkerung einen universellen Anspruch verfolgte, schloss er Angestellte nicht in den Kreis der Anspruchsberechtigten für Krankenversorgungsleistungen ein. Das ist deswegen wichtig zu betonen, weil der vom britischen Beveridge-System beeinflusste Nationale Gesundheitsdienst SNS zwar weltweit als ein Modell für ein integriertes Gesundheitswesen in Entwicklungsländern galt (Roemer 1991), aber nicht die gesamte chilenische Bevölkerung erfasste. Tatsächlich schloss der SNS Angestellte von der Inanspruchnahme von Krankenversorgungsleistungen aus, was in den folgenden Jahrzehnten auf Druck der Mittelschicht ergänzende Regelungen nach sich ziehen sollte.

In der Gründungsphase des chilenischen Gesundheitssystems erlangte die Primärversorgung zunehmende Bedeutung. Die Einführung des Sozialversicherungsgesetzes führte zum Aufbau ambulanter Versorgungszentren in den Städten, die im Volksmund »Polikliniken der Kassen« (*Policlinicos del Seguro*) hießen. Zugleich stellte der chilenische SNS, ähnlich wie der englische *National Health Service* (NHS) seit 1948, einen Versuch dar, die verschiedenen bestehenden Institutionen des Gesundheitswesens in einem zentral organisierten, landesweiten System zusammenzufassen (Jiménez und Bossert 1995). In diesem Sinne wurden die Polikliniken in den 1960er und 1970er Jahren zum Ausgangspunkt für den Ausbau der Primärversorgung im entstehenden nationalen Gesundheitssystem.

1968 verabschiedete die damalige christdemokratische Regierung das Medizinische Behandlungsgesetz (*Ley de Medicina Curativa*), das dem 1942 gegründeten Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) das Recht einräumte, nicht nur präventive, sondern über VertragsanbieterInnen auch kurative Leistungen zu erbringen (Jiménez und Bossert 1995). Die Finanzierung dieses Systems war dreiteilig und erfolgte über Beiträge von ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberInnen und Regierung. Danach konnten SERMENA-Versicherte den/die LeistungserbringerIn aus der Liste der VertragsanbieterInnen von SERMENA auswählen und erhielten bei Behandlung auf Krankenschein einen Zuschuss zu den anfallenden Kosten. Die Honorierung der LeistungserbringerInnen erfolgte dabei per Einzelleistungsvergütung. Damit etablierte das Medizinische Behandlungsgesetz die Teilnahme individueller (ÄrztInnen) und institutioneller (Krankenhäuser) PrivatanbieterInnen am chilenischen Gesundheitssystem und bildete zugleich die Grundlage für die Wahlfreiheit als gesellschaftlichen Wert, der bis heute in Chile tief verankert ist.

Seit den 1950er und bis in die 1970er Jahre verfolgte die Gesundheitspolitik eine Stärkung der Rolle der öffentlichen Hand sowohl in der Finanzierung als auch der medizinischen Versorgung. Diese Entwicklung erfährt eine Unterbrechung durch das Militärregime, das 1973 die Macht an sich riss. Anders als frühere Regierungen strebte die Diktatur eine Stärkung des Privatsektors und die Zurückdrängung des Staates an. Die wichtigsten Veränderungen in dieser Zeit lassen sich folgendermaßen zusammenfassen (Arteaga 1997; Oyarzo 2000; MIDEPLAN 2000):

- Umwandlung des zentralisierten Nationalen Gesundheitsdienstes SNS in das Nationale System von Gesundheitsdiensten (*Sistema Nacional de Servicios de Salud* – SNSS), das sich aus 28 regionalen Gesundheitsdiensten und drei landesweiten Instituten zusammensetzt, allesamt autonome dezentrale Institutionen als juristische Personen im Sinne des Zivilrechts und mit eigenem Betriebsvermögen.
- Dezentralisierung der Primärversorgung und Übertragung der meisten Versorgungseinrichtungen in die Verantwortlichkeit der Kommunen; nur ein kleiner Teil der primärmedizinischen Einrichtungen entgeht der Dezentralisierung und verbleibt weiterhin bei den Gesundheitsdiensten.
- Gründung des Nationalen Gesundheitsfonds (*Fondo Nacional de Salud* – FONASA) als landesweite öffentliche Institution innerhalb des SNSS, die für Erhebung, Verwaltung und Zuweisung der Kran-

kenversicherungsbeiträge der ArbeitnehmerInnen sowie der Steuerzuschüsse zum Gesundheitswesen zuständig ist.

- Einführung eines privaten Krankenversicherungsmarktes zur Verwaltung der Pflichtbeiträge zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall. Diese »Gesundheitsvorsorgeinstitutionen« (*Instituciones de Salud Previsional* – ISAPRE) genannten Privatkassen ähneln in gewisser Weise den *Health Maintenance Organizations* (HMO) im US-amerikanischen Gesundheitssystem (Miranda et. al. 1995).

Diese Reformen haben Auswirkungen auf zwei entscheidenden Ebenen. Zum einen bedeuten sie die Einführung des Krankenkassenwettbewerbs sowohl innerhalb des Privatsektors als auch zwischen Privatversicherungen und der einen öffentlichen sozialen Krankenkasse, dem Nationalen Gesundheitsfonds. Seit der Reform von 1981 haben ChilenInnen – zumindest in der Theorie – die Wahlfreiheit zwischen einer öffentlichen und mehreren privaten Krankenversicherungen. Damit wurde Chile neben Deutschland zum einzigen Land mit universeller Bevölkerungsabsicherung im Krankheitsfall, das ein komplettes Ausscheiden aus der Sozialversicherung und den Wechsel in eine Privatkasse als Vollversicherung erlaubt. Alle anderen Länder, die ihre gesamte Bevölkerung über ein soziales Krankenkassensystem absichern, lassen private Krankenkassen nur als Zusatzversicherungen für Besserverdienende zu, stellen diese aber nicht von der Beitragspflicht gegenüber der öffentlichen Kasse frei. Im Unterschied zu Deutschland verlangt das chilenische System nicht das Überschreiten einer unteren Einkommensgrenze als Voraussetzung für den Wechsel in eine private Krankenversicherung; die Entscheidung für eine Privatpolice hängt allein von der Kaufkraft der Haushalte und der Preisgestaltung der Versicherungen ab. Dazu muss man wissen, dass in Chile Krankenversicherungspflicht besteht und jedeR BürgerIn mindestens 7% des steuerpflichtigen Einkommens für die soziale Absicherung im Krankheitsfall ausgeben muss (vgl. Holst 2005: 127ff).

Im Unterschied zum Kassenwettbewerb in Deutschland, der sich ausschließlich auf gesetzliche Kassen beschränkt und Privatversicherungen nicht einbezieht, bezieht sich der Kassenwettbewerb in dem südamerikanischen Land in erster Linie auf Privatversicherungen und besteht nur sehr eingeschränkt zwischen diesen und der öffentlichen Kasse. Gleich sind allerdings in beiden Ländern die unfairen Ausgangsbedingungen: Nur für die Gesetzliche Krankenversicherung und die öffentliche Krankenkasse FONASA besteht Kontrahierungspflicht, nicht aber für private AnbieterInnen von Versicherungsleistungen. Zwar haben im

Prinzip alle ChilenInnen Wahlfreiheit zwischen FONASA und einer ISAPRE, müssen aber über ein ausreichendes Einkommen verfügen, um eine Privatpolice bezahlen zu können. Deren Preis hängt bei gesetzlich vorgegebenem Leistungspaket vom Umfang der Kostenübernahme ab und liegt ausschließlich in der Hand der Versicherer, die zudem AnwärterInnen aufgrund ihres gesundheitlichen Risikoprofils oder Alters ablehnen können. Das hat dazu geführt, dass die Segregation des chilenischen Gesundheitssystems heute nicht mehr wie zuvor aufgrund der Beschäftigungsart zwischen ArbeiterInnen und Angestellten entsteht, sondern unmittelbar durch Einkommen bzw. Kaufkraft.

Im Hinblick auf die Versorgung und das chilenische PHC-Modell beendet die Reform von 1981 mit der Überführung der Gesundheitszentren in die Verantwortlichkeit der Kommunen nicht nur die bis dahin bestehende einheitliche Verwaltung von Krankenhäusern und Primärversorgungseinrichtungen, sondern führt auch unterschiedliche Finanzierungsmechanismen für die primäre und die stationäre Versorgung ein, was erhebliche Auswirkungen auf die Integration des chilenischen Gesundheitswesens hat.

Nach dem Ende der Militärdiktatur 1990 war die Gesundheitspolitik der aufeinander folgenden, demokratisch gewählten Regierungen auf eine Stärkung des öffentlichen Sektors im Gesundheitswesen und eine verbesserte Regulierung des Privatsektors ausgerichtet (Jiménez 1991; Massad 1995). In den 1990er Jahren gab es mehrere Initiativen, die wichtige VorläuferInnen für die strukturellen Änderungen der bisher letzten, ab 2002 eingeleiteten Gesundheitsreform waren. Erwähnenswert sind dabei folgende Maßnahmen:

- Annähernde Verdoppelung der Gesundheitsausgaben zwischen 1990 und 2000 (MIDEPLAN 2000);
- Trennung der Funktionen zur Stärkung von FONASA als LeistungseinkäuferIn für primäre und stationäre Gesundheitseinrichtungen (Oyarzo und Galleguillos 1995);
- vermehrte Rechenschaftspflicht (*accountability*) durch die Einführung von Managementverpflichtungen (Lenz und Fresard 1995);
- Modernisierung des Personalmanagements durch Änderung der arbeitsrechtlichen Rahmenbedingungen der Arbeitsverhältnisse in den Gesundheitseinrichtungen (Quiroga 2000);
- erweiterte Wahlmöglichkeiten für Versicherte durch die Einführung einer Kopfpauschalfinanzierung in der Primärversorgung ab 1995 nach Anzahl der in einem Gesundheitsposten Eingeschriebenen (Duarte 1995; Bossert et al. 2003);

- stärkere Regulierung des Privatsektors vor allem durch die Einführung einer Privatversicherungsaufsicht im Jahr 1990 (Ferreiro 2000).

Im Hinblick auf die Primärversorgung begannen in den 1990er Jahren Bemühungen um eine verstärkte Fokussierung auf Familiengesundheit, was sich in dem Vorschlag niederschlug, allgemeinärztliche Praxen zu Familiengesundheitszentren weiterzuentwickeln (MINSAL 2008). Im Zuge eines Akkreditierungsprogramms, das die Erfüllung bestimmter, von der nationalen Gesundheitsbehörde festgelegter Voraussetzungen verlangt, können die Primärversorgungseinrichtungen die Anerkennung als Familiengesundheitszentren beantragen. Die Vorgaben umfassen unter anderem die Einrichtung sozialräumlich aufgestellter Pflegeteams für Familien im Einzugsgebiet des Gesundheitszentrums, die Organisation klinischer Verzeichnisse in Form von Familienkrankenakten und die Weiterbildung der Beschäftigten in Familiengesundheit.

#### *Aktuelle Reformbemühungen*

Die bisher letzte Gesundheitsreform, deren Einführung im Januar 2005 begann, zielte auf eine Steigerung der Solidarität und sozialen Gerechtigkeit des chilenischen Gesundheitswesens ab (Burrows 2008; Infante und Paraje 2010). Die vom Parlament verabschiedete Reform bestand aus zwei wesentlichen Maßnahmen, nämlich der Einführung einer Expliziten Universellen Zugangsgarantie (*Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas – AUGE*)<sup>2</sup> und der Stärkung der nationalen und regionalen Gesundheitsbehörden sowie der Selbstverwaltung der Krankenhäuser.

Die Regelung über Garantien beim Zugang zu Krankenversorgungsleistungen war eine der ersten teilsystemübergreifenden gesundheitspolitischen Maßnahmen in Chile (Superintendencia de Salud 2014); sie gewährleistet für anfangs 56 und mittlerweile 80 epidemiologisch relevante Gesundheitsprobleme Zugang, Zweckmäßigkeit, Qualität und finanzielle Absicherung. Im Hinblick auf den Zugang zur Versorgung verpflichtet der sogenannte Plan AUGE alle FinanzierungsträgerInnen und LeistungserbringerInnen, erforderliche elektive Behandlungen innerhalb von maximal zwei Monaten sicherzustellen. In vergleichbarer Weise ist mit Einführung dieser Behandlungsgarantien die maximale jährliche Zuzahlungsbelastung auf zwei Monatseinkommen begrenzt. Die Regulierung der maximalen Wartezeiten stellt eine große Heraus-

<sup>2</sup> Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud – Gesetz 19.966 für die Generelle Regelung über Behandlungsgarantien.

forderung für den öffentlichen Gesundheitssektor dar, wo der Zugang insbesondere zu fachärztlicher Behandlung oft mit langen Wartezeiten verbunden ist (vgl. Salinas et al. 2014). Die einkommensabhängige Obergrenze für Zuzahlungen stellt hingegen vor allem die ISAPRE vor Herausforderungen, die das für private Krankenversicherer übliche Äquivalenzprinzip auf der Ausgabenseite anwenden und diejenigen mit den höchsten Zuzahlungen belasten, die sich noch so eben eine Privatpolice leisten können (Holst et al. 2004: 278f). Die Einführung der Qualitätsgarantie war deswegen besonders komplex und zeitaufwändig, weil dafür ein allgemeingültiges Akkreditierungssystem sowohl für öffentliche als auch für private LeistungserbringerInnen zu entwickeln war.

Die zweite wichtige Maßnahme der Reform von 2005, die Neuregelung der Gesundheitsbehörde und Krankenhausautonomie,<sup>3</sup> verfolgte eine bessere Regulierung des Gesundheitssektors auf nationaler und regionaler Ebene. Außerdem umfasst sie verwaltungstechnische Änderungen im stationären Sektor zur Einführung eines flexibleren Managements in den Krankenhäusern der Maximalversorgung in Chile.

Bei der Primärversorgung gab es im Rahmen dieser jüngsten Reform keine anderen Entwicklungen als bei früheren gesundheitspolitischen Maßnahmen. Allerdings bestimmte die explizite Festlegung von Behandlungsgarantien auch die Definition von Behandlungsalgorithmen, um diese auf Grundlage nachweislich evidenzbasiert wirksamen Vorgehens einlösen zu können. Ausgehend von der Verdachtsdiagnose entfallen nämlich etliche der im Plan AUGE vorgesehen Leistungen auf Maßnahmen der primären gesundheitsbezogenen Versorgung. Daher betrifft die Einführung von Behandlungsgarantien auch die Primärversorgung, insbesondere weil hier ebenfalls im öffentlichen Sektor teils erhebliche Wartezeiten bestehen (Letelier und Cifuentes Rivas 2014).

Bemerkenswert im Zusammenhang mit der Primärversorgung ist bei dieser letzten Gesundheitsreform die Botschaft des damaligen Präsidenten Ricardo Lagos (2000–2006) bei der Vorstellung des Gesetzentwurfs zum Gesundheitsamt und zur Selbstverwaltung der Krankenhäuser, bei der er einen starken Akzent auf die Stärkung der primären Versorgungsebene legte (Montero et al. 2010). In den Artikeln des Gesetzentwurfs taucht der Begriff PHC allerdings nicht ein einziges Mal auf; und dieselben Autoren gestehen ein, dass die Reform die chronischen Probleme der Primärversorgung in Chile gar nicht aufgreifen (ibid.: 2).

3 Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria und Hospitales Autogestionados en Red – Gesetz 19.937 über das Gesundheitsamt und vernetzte selbstverwaltete Krankenhäuser.

### *Primärversorgung in Chile*

Heute basiert die Primärversorgung in Chile mehrheitlich auf kommunalen Gesundheitseinrichtungen, denen die Betreuung einer zugewiesenen Bevölkerung in einem festgelegten Einzugsgebiet nach technischen Vorgaben des chilenischen Gesundheitsministeriums (MINSAL) obliegt. Die Finanzierung liegt in der Hand der Kommunen und erfolgt über die Zuweisung einer Kopfpauschale für die in einer Einrichtung eingeschriebene Bevölkerung sowie zusätzlich über direkte Zuschüsse der Gemeinden, die im Landesdurchschnitt 27 % der PHC-Finanzierung ausmachen. Darüber hinaus gibt es noch einige wenige Gesundheitszentren unter der Verwaltung der Gesundheitsdienste, die auch für die öffentlichen Krankenhäuser zuständig sind. Insgesamt umfasst das chilenische Primärversorgungssystem 2.072 Einrichtungen, davon jeweils 277 allgemeinärztliche Praxen (CGU) in städtischen und 181 (CGR) in ländlichen Gebieten, 99 Familiengesundheitszentren (CSF), 1.175 ländliche Gesundheitsposten (PSR), 228 primärmedizinische Notfallzentren (SAP) sowie 113 solcher Zentren auf dem Land (SUR) (Zuleta 2012).

Dabei versorgen 21 % der Gesundheitszentren eine eingeschriebene Bevölkerung von mehr als 30.000 Personen; bei gut sieben Prozent der Zentren liegt die Größe der registrierten Bevölkerung zwischen 40.000 und 60.000m und weniger als ein Prozent ist für mehr als 60.000 eingeschriebene BürgerInnen zuständig, einige wenige davon sogar für Bevölkerungen über 100.000 Personen (MINSAL 2013). Erwähnenswert ist dabei das ab 1993 eingeführte Versorgungsmodell mit seinem Fokus auf Familien- und Gemeindegesundheit (MINSAL 2008b), das Gesundheitsleistungen grundsätzlich über multiprofessionelle Versorgungsteams erbringt, die unter anderem ÄrztInnen, Pflegepersonal, Hebammen, BeschäftigungstherapeutInnen, KrankengymnastInnen, SozialarbeiterInnen, PsychologInnen und ZahnärztInnen umfasst.

### *Die Primärversorgung im Kontext der Integrationsbemühungen*

Bei der Betrachtung der Primärversorgung ist zu bedenken, dass Chile streng genommen nie ein einheitliches Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung hatte. Wie die Darstellung der historischen Entwicklung des Systems gezeigt hat, erreichten die im Laufe der Zeit entwickelten Maßnahmen zur sozialen Absicherung nicht die ganze Bevölkerung, sondern immer nur bestimmte Bevölkerungsgruppen. So beschränkte sich das Sozialversicherungsgesetz von 1924 auf ArbeiterInnen, und das Präventivmedizinengesetz von 1938 ermöglichte trotz seines universellen Anspruchs die spätere Einrichtung eines eigenen Versorgungssystems

für Angestellte (SERMENA). Einer universellen Regelung am nächsten kam die Gründung des Nationalen Gesundheitssystems SNS im Jahr 1952, aber wie erwähnt blieben Angestellte hierbei erneut von der Nutzung der Krankenversorgungsleistungen ausgeschlossen. Erst mit der Verabschiedung des Medizinischen Behandlungsgesetzes 1968 konnten auch die über SERMENA abgesicherten Angestellten medizinische Leistungen des SNS in Anspruch nehmen. Die soziale Unterteilung nach Beschäftigungsart hat ihre Fortsetzung in den ISAPRE genannten privaten Krankenversicherungen gefunden, die seit 1981 Rosinenpickerei betreiben und nach Einkommensverhältnissen selektieren.

Die Panamerikanische Gesundheitsorganisation (PAHO) unterstützt seit Längerem die Stärkung Integrierter Versorgungsnetzwerke (*Redes Integradas de Servicios de Salud* – RISS), die bestimmte Voraussetzungen auf vier Ebenen erfordern: Pflegemodell, Governance und Strategie, Organisation und Management sowie Anreizmechanismen. Hinzu kommen die Empfehlungen eines einheitlichen Governance-Systems für das gesamte Versorgungsnetzwerk, umfassende soziale Partizipation, Sektor übergreifendes Vorgehen mit Fokus auf sozialen Determinanten von Gesundheit und soziale Gerechtigkeit (PAHO/WHO 2010). Vor diesem Hintergrund lassen sich aus Sicht der AutorInnen bestimmte strukturelle Faktoren erkennen, die Fortschritten auf dem Weg zu einem einheitlichen Gesundheitswesen in Chile im Wege stehen.

Dezentralisierungstendenzen im Gesundheitssystem begannen in Lateinamerika in den 1980er Jahren, und Chile war mit der Überführung der Primärversorgung in die Verantwortlichkeit der Kommunen eins der ersten Länder, die dies politisch umgesetzt haben. Der als vertikales Modell bezeichnete und von der damaligen Militärdiktatur bestimmte chilenische Dezentralisierungsansatz trug allerdings weder zu einer vermehrten Teilhabe von BürgerInnen und Gemeinden bei, noch förderte er die Entstehung lokaler Kapazitäten (Acosta Ramírez et al. 2011). Die Zerschlagung des Nationalen Gesundheitsdienstes SNS und insbesondere die Zerstörung der verwaltungstechnischen Verbindung zwischen Gesundheitsdiensten und primärer Versorgung schwächten die Integrationsmöglichkeiten nicht nur in der kurativen Versorgung, sondern auch mit Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf lokaler Ebene (ibid. 2011).

Den Bemühungen verschiedener Regierungen zum Trotz bestehen die strukturellen Verhältnisse im chilenischen Gesundheitswesen unverändert fort. Seit der Dezentralisierung des SNS gibt es unterschiedliche Honorierungsformen für Krankenhäuser und Primärversorgung. Zwischen 1981 und 1994 erhielten Einrichtungen der Grundversorgung ihre

Bezahlung nach dem Prinzip der Einzelleistungsvergütung bis zu einem Budgetdeckel, über die hinaus Gesundheitszentren keine weiteren Zahlungen erhielten. Seit 1994 erhalten Primärversorgungseinrichtungen für die registrierte Bevölkerung eine Kopfpauschale, die an das Ausmaß der Armut und der ländlichen Abgeschiedenheit einer Gemeinde angepasst ist, um sozioökonomische Ungleichheiten auszugleichen (Duar-te 1995). Dabei ist anzumerken, dass nicht die Gesundheitszentren die entsprechenden Mittel erhalten, sondern die Kommunalverwaltung, die damit das Gesundheitspersonal in Form fester Gehälter bezahlt. Anders als die Bezahlung der Primärversorgung erfolgt die Krankenhausfinanzierung landesweit auf Grundlage zentral festgelegter, gewichteter Leistungsentgelte, die für bestimmte Behandlungen in Abhängigkeit von der Komplexität oder einer möglichen Zusammenfassung von Leistungen zu Behandlungspaketen variieren können.

#### *Partizipation und Governance im chilenischen Gesundheitswesen*

Typische Argumente im Zusammenhang mit Dezentralisierungsmaßnahmen sind die Förderung sozialer Partizipation und der Einbindung der Gemeinschaft in Entscheidungsprozesse. In Lateinamerika gibt es diesbezügliche Erfahrungen mit den Lokalen Systemen Integrierter Gesundheitsversorgung (*Sistemas Locales de Atención Integral de Salud* – SILAI) in Nicaragua (Jaramillo 2000) und der Lokalen Gesundheitsverwaltungsgemeinschaft (*Comunidad Local de Administración en Salud* – CLAS) in Peru (Iwami und Petchey 2002), beides partizipative Instanzen für strategische Entscheidungsprozesse mit Beteiligung von VertreterInnen sozialer und gemeinschaftlicher Organisationen. Brasilien kann die am weitesten entwickelten Dezentralisierungserfahrungen vor- und auf umfassende Beteiligung der mit Entscheidungsbefugnissen ausgestatteten Bevölkerung verweisen, was unter anderem in der Einrichtung von Verwaltungsräten und nationalen Gesundheitskonferenzen in den verschiedenen einheitlichen sozialen Sicherungssystemen in den Bereichen Gesundheit und Bildung erkennbar ist (Fleury 2007; Moreira und Escore 2009).<sup>4</sup> Insgesamt haben die verschiedenen in Lateinamerika entstandenen institutionalisierten Ansätze zur Förderung der gesellschaftlichen Partizipation jedoch vorwiegend konsultativen und kaum Entscheidungscharakter – Chile ist da keine Ausnahme.

Seit der Wiederherstellung der Demokratie im Jahr 1990 war gesell-

4 Die brasilianischen Ansätze und Erfahrungen mit dezentralisierter Primärversorgung beschreibt ausführlich der Beitrag »Primary Health Care in Brasilien: multiprofessionelle Teamarbeit und Gemeindeorientierung« von Ligia Giovannella und Maria Helena Magalhães de Mendonça in diesem Band.

schaftliche Partizipation expliziter Bestandteil der Gesundheitspolitik (Massad 1995), wobei allerdings alle Ansätze nur beratenden Charakter hatten, im Wesentlichen der Information der Bevölkerung dienten und keine Entscheidungskompetenzen vorsahen. Die letzte entsprechende Initiative war Teil der Gesundheitsreform von 2005 und schlug sich in der Einrichtung von Integrationsräten von Behandlungsnetzen (*Consejos de Integración de Redes Asistenciales* – CIRA) nieder (Artaza et al. 2013). Hauptanliegen dieser Institution ist aber die Organisation der Leistungserbringung im Gesundheitswesen und nicht die gesellschaftliche Teilhabe. Die Idee, solche Räte zur besseren Integration einzurichten, beruhte auf der Erkenntnis, dass die Versorgung in Chile fragmentiert und in Primär- und Krankenhausversorgung aufgespalten ist (Biblioteca Congreso Nacional 2004). Obwohl dies bei der Einführung dieser Räte nicht explizit vorgesehen war, sind in manchen Gesundheitsdiensten auch GemeinderepräsentantInnen vertreten, was die Mitglieder insgesamt sehr positiv bewerten (Artaza et al. 2013) und potenziell zum Abbau des wiederholt berichteten Partizipationsdefizits im chilenischen Gesundheitssystem beitragen könnte (Méndez und Vanegas 2010). Somit ist die Bereitschaft zu gesellschaftlicher Beteiligung in einigen Kommunen über die engen institutionellen Vorgaben für diese Räte hinausgegangen. In den untersuchten Fällen hat die Einbeziehung von GemeindevertreterInnen dazu beigetragen, dass die Integrationsräte der Behandlungsnetze ihre koordinierende Rolle besser ausfüllen konnten (ibid.)

Governance ist ein weiterer kritischer Aspekt des chilenischen Gesundheitswesens. Versteht man Governance im Gesundheitsbereich als Fähigkeit des Systems, sich selber zu steuern und im Zusammenhang mit umfassenderen Systemen angemessen Konflikte zwischen verschiedenen AkteurInnen zu lösen (Huffy 2006; Bazzani 2010), lässt das chilenische Gesundheitswesen diesbezüglich Schwächen erkennen. Die Regierungswechsel unter demokratischen Vorzeichen im letzten Vierteljahrhundert führte zu ständiger Fluktuation bei der Besetzung von Führungspositionen im Gesundheitssystem auf nationaler wie lokaler Ebene sowie in den primären und stationären Behandlungseinrichtungen. Tatsächlich ziehen Wechsel der nationalen und kommunalen Regierungen regelhaft einen Austausch von Leitungspersonal nach sich, was die Kontinuität der Entwicklungsprozesse der Institutionen ebenso betrifft wie den Aufbau stabiler Leitungen.

Allen Problemen und Herausforderungen zum Trotz kann Chile bei der Entwicklung seines Gesundheitswesens im 20. Jahrhundert vor allem im Hinblick auf einen Sektor übergreifenden Ansatz und die Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheitsproblemen durchaus Erfolge

vorweisen. Insbesondere im Vergleich lateinamerikanischer Gesundheitssysteme findet Chile aufgrund seiner guten Gesundheitsindikatoren internationale Anerkennung (PAHO 2013). Zur Erreichung dieser Erfolge hat insbesondere in früheren Jahren auch das Krankenversorgungssystem beigetragen, das nach Komplexität und Lösungsebenen gegliedert ist, ein ausgedehntes Netz öffentlicher Krankenhäuser und städtischer wie ländlicher Primärversorgungseinrichtungen umfasst, und insbesondere ein Versorgungsnetz aus mehr als 1.000 ländlichen Gesundheitsposten im ganzen Land unterhält, das die Versorgung großer Bevölkerungsteile ermöglicht. Diese ausgedehnte Versorgungsstruktur war wesentliche Voraussetzung für die erfolgreichen Maßnahmen zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts (Jiménez und Romero 2007), die zur Senkung der Säuglingssterblichkeit von 342 im Jahr 1900 (Kaempffer und Medina 2006) auf zurzeit 7,7 pro Tausend Lebendgeburten beitrugen (DEIS 2014). In jüngerer Zeit fand das 2006 ins Leben gerufene Kinderschutzprogramm »Chile crece contigo« (Chile wächst mit Dir) Anerkennung als Beispiel für eine universelle, Sektor übergreifende politische Maßnahme (Leppo et al. 2013).

Chile hat in den letzten Jahrzehnten einen raschen Alterungsprozess vollzogen, was die Bedeutung chronischer Erkrankungen zunehmend in den Vordergrund gerückt hat: Nach jüngeren Untersuchungen beruht die Krankheitslast zu 84 % auf chronisch-degenerativen Problemen (MINSAL 2007). Der landesweite Gesundheitssurvey (ENS) von 2009 zeigte unter anderem bei Erwachsenen eine Diabetes-mellitus-Prävalenz von 9,4 % sowie Hinweise auf ein unzureichendes Versorgungssystem (MINSAL 2010): So erreicht z. B. das Herz-Kreislauf-Programm im öffentlichen Sektor bloß 53,6 % der DiabetikerInnen, und nur 42,1 % dieser PatientInnen sind mit einem HbA1c-Wert unter sieben Prozent ausreichend behandelt (Vargas 2012).

Die Ungleichheiten im chilenischen Gesundheitssystem stehen schon seit über zwei Jahrzehnten in der Kritik (Hsiao 1995; Reichard 1996), vor allem die Tatsache, dass die Privatversicherungen nur einen kleinen Bevölkerungsteil absichern und dafür einen großen Teil der gesamten Gesundheitsausgaben verbrauchen. Eine der ersten Untersuchungen zur Evaluierung der Gesundheitsreform von 2005 mit der Einführung von Behandlungsgarantien kam zu dem Ergebnis, dass diese Maßnahme die Zugangs- und Finanzierungsgerechtigkeit bei den meisten Behandlungen nicht verbessert hat; zugleich weist die Studie darauf hin, dass nach der Reform die Hürden für eine größere Zugangsgerechtigkeit fortbestehen (Paraje und Vásquez 2012). Dies zeigt sich auch bei der Primärversorgung, schließlich wies dort schon vor gut zehn Jah-

ren eine Untersuchung erhebliche Ungleichheiten bei der Finanzierung nach: Da einkommensstärkere Gemeinden ihren kommunalen Gesundheitszentren mehr Geld zur Verfügung stellen als ärmere Kommunen, korrelieren die Budgets mit dem Wohlstand der Gemeinden, aber nicht mit dem Bedarf der Bevölkerung (Arteaga et al. 2002).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die chilenische Gesellschaft beim Aufbau ihres Gesundheitswesens Wege eingeschlagen hat, die zu einem segmentierten, nach sozialer Schicht aufgeteilten System geführt haben. Auch wenn die letzte Reform eine Hinwendung zu einem sozialen Absicherungsverständnis markiert, wie es in Industrieländern besteht, bleibt dieser Ansatz recht schwach und unzureichend, um das Wesen einer Krankenversicherung als kollektive und solidarische Lösung für gesundheitsbezogene Probleme gesamtgesellschaftlich (wieder)herzustellen. Der Aufbau eines sozial gerechten Gesundheitssystems mit gleichem Anspruch für alle BürgerInnen bleibt somit in Chile eine Herausforderung. Gleichzeitig steht dem Land mit seiner von großen sozialen Ungleichheiten geprägten Gesellschaft und Krankenversicherung die Aufgabe bevor, die Primärversorgung tatsächlich in den wichtigsten Zugang der ganzen Bevölkerung zum Gesundheitswesen zu verwandeln und damit zur Verringerung der Ungleichheiten beizutragen.

#### *Lessons learned*

Der Fall Chiles ist ein Beleg für die empirische Erkenntnis aus anderen Teilen der Welt, dass die Verbindung zwischen den jeweiligen politisch-administrativen Körperschaften und der Leistungserbringung auf primärer Ebene für das Funktionieren der Primärversorgung von Bedeutung ist. In diesem Sinne besteht kein Unterschied zwischen einer Schwächung bestehender Integrierungsansätze und ihrem völligen Fehlen, wie es weitgehend in deutschen Gesundheitswesen der Fall ist. Hierzulande liegt die Erbringung nicht nur kurativer Behandlungsleistungen, sondern auch der meisten primärmedizinischen Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei einer Untergruppe der KassenärztInnen, nämlich den AllgemeinmedizinerInnen. Für einige präventive und gesundheitsfördernde Leistungen sind wiederum die Gesundheitsämter als öffentliche Behörden zuständig. Dazu ist anzumerken, dass die Honorierung der Allgemein- oder HausärztInnen über die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) (und in geringerem Maße über private Krankenversicherungen) erfolgt.<sup>5</sup>

5 Zusätzlich gehört auch der betriebliche Gesundheitsschutz zur Prävention und Primärversorgung, für dessen Finanzierung im Wesentlichen die Unternehmen und

Allein diese Rahmenbedingungen verdeutlichen die Herausforderungen bei der Integration der Primärversorgung in das Gesundheitssystem in seiner Gesamtheit. Zum einen behindert die organisatorische und verwaltungstechnische Trennung der verschiedenen für die Primärversorgung zuständigen Einrichtungen ihre Integration. Zum anderen erschwert die korporatistische Struktur des deutschen Gesundheitssystems die Lage zusätzlich. Außerdem stammen die Mittel zur Finanzierung der primär- bzw. hausärztlichen Versorgung aus denselben Beitragsmitteln der GKV wie die Ressourcen für die anderen Versorgungsebenen und fließen über dieselben Kassenärztlichen Vereinigungen, die auch die ambulante, nicht allgemeinärztliche Facharztversorgung gewährleisten und finanzieren.

Zu dieser komplexen Struktur des ambulanten Sektors in Deutschland kommt die organisatorische, administrative und finanzielle Zersplitterung der Krankenhauslandschaft hinzu. Auch wenn die Finanzierung der stationären Versorgung zunächst aus denselben Töpfen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen erfolgt wie die ambulante Versorgung, sind die Honorierungsmodalitäten und -kanäle ebenso wie in Chile unterschiedlich. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Organisation, Gewährleistung und Finanzierung der ambulanten Versorgung im öffentlichen Sektor über eine Patientenkopfpauschale sowie ausgewählte Einzelleistungsvergütung verantwortlich sind, obliegen die Organisation der stationären Versorgung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, die Sicherstellung den Bundesländern und die Bezahlung den Gesetzlichen Krankenkassen, die Krankenhäuser auf Grundlage eines DRG-System honorieren; die Gesundheitsämter wiederum bezahlen ihre MitarbeiterInnen über feste Gehälter. Die Gemengelage im komplexen deutschen System erzeugt im Vergleich zu Chile insgesamt eher größere Hürden bei der Stärkung der Primärversorgung.

Im Unterschied zu Chile kann die Bundesrepublik Deutschland auf eine stabile, siebzugjährige demokratische Phase ohne relevante politische Restriktionen der Partizipationsmöglichkeiten zurückblicken. Es zeigt sich aber, dass demokratische Rahmenbedingungen und weitgehende bürgerliche Freiheiten weder automatisch ein partizipatives Gesundheitssystem noch eine aktive oder gar entscheidende Rolle der

die Bundesanstalt für Arbeit verantwortlich sind. Aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit verzichten die AutorInnen sowohl für Deutschland als auch für Chile, wo es ein der Gesetzlichen Unfallversicherung vergleichbares Absicherungssystem für arbeitsassoziierte Gesundheitsprobleme gibt, die *Asociación Chilena de Seguridad* (ACHS), auf die Berücksichtigung der organisatorisch und finanziell von der übrigen Primärversorgung getrennten betrieblichen Gesundheitsförderung und -erhaltung.

Menschen im Gesundheitswesen gewährleisten. Die Erfahrung der Länder Lateinamerikas, die Militärdiktaturen durchlebt haben – so auch Chile und Brasilien – legt vielmehr die Vermutung nahe, dass diktatorische Regime die Forderung nach stärkerer Teilhabe begünstigen können. Anders als eigentlich zu erwarten wäre, scheinen in demokratischen Systemen größere Herausforderungen bei der Einführung wirksamer Partizipationsmöglichkeiten zu bestehen.

Die Primärversorgung in Chile bestärkt eine allgemeine Erkenntnis des ebenfalls segmentierten deutschen Gesundheitswesens. In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass Chile neben Deutschland das einzige Land auf der Welt mit verpflichtender Krankenversicherung für die ganze Bevölkerung ist, das ein Ausscheren aus dem öffentlichen System und den Abschluss einer alternativen privaten Vollversicherung erlaubt.<sup>6</sup> In geringerem Maße als in Chile hat diese Zweiteilung negative Auswirkungen auf die soziale Gerechtigkeit, da sie privat Versicherten im Prinzip schnelleren Zugang zu einem größeren Leistungspaket ermöglicht. Die bestehende Ungleichheit kommt auch in den höheren durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben im Privatsektor zum Ausdruck, die als Folge des überwiegenden Einsatzes komplexer Leistungen anzusehen ist, da primärmedizinische Maßnahmen den von Privatversicherungen per Einzelleistungsvergütung honorierten niedergelassenen ÄrztInnen geringere Verdienstmöglichkeiten eröffnen. Im öffentlichen Sektor ist der Negativanreiz zur Erbringung allgemeinärztlicher Leistungen hingegen geringer, weil die Honorierung der AllgemeinärztInnen dort im Prinzip unabhängig von der Art der erbrachten Leistungen erfolgt.

Insgesamt unterstreichen die chilenischen Erfahrungen auf dem Gebiet der Primärversorgung deutlich, dass die Ausnutzung ihres Potentials als strukturierendes Element zur Organisation des Zugangs der ganzen Bevölkerung zum Gesundheitswesen und zur Verringerung von Ungerechtigkeiten in einer Gesellschaft bzw. einem Gesundheitssystem mit großen Ungleichheiten eine große Herausforderung darstellt. Die Stärkung der Primärversorgung als zentrale Achse und Hebel für eine effektivere Krankenversorgung erfordert letztlich eine Auseinandersetzung mit den institutionellen Strukturen und mithin den Machtstrukturen im Gesundheitswesen.

6 Alle anderen Länder mit vorwiegend sozialversicherungsbasierter Gesundheitsfinanzierung (z. B. Belgien, Frankreich, Luxemburg, Österreich) entlassen ihre BürgerInnen nicht aus der Beitragspflicht für das soziale Krankenversicherungssystem und erlauben nur den Abschluss privater Zusatzversicherungen.

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Óscar Arteaga  
Escuela de Salud Pública  
Universidad de Chile  
Av. Independencia 939  
Santiago, Chile  
Tel.: +56 (0)2 978 61 50  
E-Mail: oarteaga@med.uchile.cl

#### Literatur

- Acosta Ramírez, N., Pollard Ruiz, J., Vega Romer, R.; Labonté, R. (2011): Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad Saúde Pública* 27 (10): 1875-1890 (<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/02.pdf>).
- Artaza, O.; Toro, O.; Fuentes, A.; Alarcón, A.; Arteaga, O. (2013): Gobernanza de redes asistenciales de salud: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. *Salud pública de México* 55 (6): 650-658 ([http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2013/vol%2055%20No%206%20Nov%20Dic/11gobier.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20No%206%20Nov%20Dic/11gobier.pdf)).
- Arteaga, O.; Thollough, S.; Nogueira, C.; Darras, C. (2002): Información para la equidad en salud. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 11, 5/6: 374-385 (<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10722.pdf>).
- Arteaga, O. (1997): Reforming the Chilean Health Care System. *Eurohealth* 3 (3): 26-28.
- Bazzani R. (2010): Gobernanza y salud: Aportes para la innovación en sistemas de salud. *Rev Salud Pública* 12 (Suppl 1): 1-7 (<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v12s1/v12s1a01.pdf>).
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2004). Historia de la Ley N° 19.937. Santiago: Congreso Nacional de Chile ([http://www.leychile.cl/Consulta/portada\\_hl?tipo\\_norma=XX1&nro\\_ley=19937&anio=2014](http://www.leychile.cl/Consulta/portada_hl?tipo_norma=XX1&nro_ley=19937&anio=2014)).
- Bossert, T.J.; Larrañaga, O.; Giedion, U.; Arbalaez, J.J.; Bowser, D. (2003): Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bull World Health Organ* 81 (2): 95-100 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/81/2/Bossert0203.pdf>).
- Burrows, J. (2008): Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? *J Med Ethics* 34: e13. DOI: 10.1136/jme.2007.022715 (<http://jme.bmj.com/content/34/9/e13.full.pdf+html>).
- Cifuentes, P. (2013) Una mirada al sistema público de salud. Puntos críticos para el nuevo gobierno 2014. Santiago: Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria ([http://media.wix.com/ugd/032953\\_e7c65a438b69-c17e0b516849c32ff861.pdf](http://media.wix.com/ugd/032953_e7c65a438b69-c17e0b516849c32ff861.pdf)).
- DEIS (2014): Mortalidad Infantil y sus componentes. Chile 1990 – 201. Series y Gráficos de Mortalidad. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Santiago: Ministerio de Salud (<http://www.deis.cl/series-y-graficos-de-mortalidad>).

- Duarte, D. (1995): Asignación de Recursos Per Cápita en la Atención Primaria: La experiencia chilena. Documento de Trabajo No 8/95. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria (CPU).
- Ferreiro, A. (2000): El rol de las Superintendencias de Seguros de Salud: la experiencia de Chile, Argentina y Perú. Trabajo presentado en Seminario Internacional Nuevas Tendencias en la Regulación del Financiamiento y Aseguramiento de Salud. Santiago: OAHO/WHO 16-18 Januar 2000.
- Fleury, S. (2007): Salud y Democracia en Brasil: Valor Público y Capital Institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva* 3 (2): 147-157 (<http://www.scielosp.org/pdf/scol/v3n2/v3n2a04.pdf>).
- Holst, J. (2005): Chile: Der gescheiterte Weg zur Privatisierung der Gesundheitssicherung. *Jahrbuch für Kritische Medizin* 42. Hamburg: Argument-Verlag: 122-143 (<http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2012/05/Band-42-Kapitel-10-Holst.pdf>).
- Holst, J.; Laaser, U.; Hohmann, J. (2004): Chilean health insurance system: a source of inequity und selective social insecurity. *Journal of Public Health* 12 (4): 271-282. DOI: 10.1007/s10389-004-0026-5 (<http://dx.doi.org/10.1007/s10389-004-0026-5>).
- Horwitz, N.; Bedregal, P.; Padilla, C.; Lamadrid, S. (1995): Salud y Estado en Chile. *organizacion social de la salud publica, periodo del Servicio Nacional de Salud. Serie Publicaciones Científicas, PAHO-Chile*. Santiago: PAHO.
- Hsiao, W.C. (1995): Abnormal Economics in the Health Sector. In: Berman P. (ed.): *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard University Press.
- Hufty, M.; Báscolo, E.; Bazzani, R. (2006): Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. *Cad Saúde Pública* 22 (Suppl): S35-S45 (<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22s0/03.pdf>).
- Illanes, M.A. (1993): En el nombre del Pueblo, del Estado y la Ciencia: Historia Social de la Salud Pública en Chile. *Colectivo de Atención Primaria* (eds.). Santiago: La Unión.
- Infante, A.; Paraje, G. (2010): La Reforma de Salud en Chile. Documento de Trabajo 2010-4. Santiago: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) – Chile ([http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp\\_cl\\_pobreza\\_Reforma\\_salud\\_2010.pdf](http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_Reforma_salud_2010.pdf)).
- Iwami, I.; Petchey, R. (2002) A CLAS Act? Community-based organizations, health service decentralization and primary care development in Peru. *J Public Health Med* 24 (4): 246-251. DOI: 10.1093/pubmed/24.4.246 (<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/24/4/246.long>; <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/24/4/246.full.pdf+html>).
- Jaramillo I. (2000): Evaluación de los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud – SILAI. Resultados del taller de expertos; Oktober 2000. Friedrich-Ebert-Stiftung Nicaragua ([https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=148&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=148&Itemid=235)).
- Jiménez, J. (1991): Programa de Salud de la Concertación de Partidos por la Democracia. In: Jiménez, J. (ed.). *Sistema de Salud en Transición a la Democracia*. Santiago de Chile: Aborada S.A.

- Jiménez, J.; Romero, M. (2007): Reducing Infant Mortality In Chile: Success In Two Phases. *Health Affairs* 26 (2): 458-465. DOI: 10.1377/hlthaff.26.2.458 (<http://content.healthaffairs.org/content/26/2/458.full.pdf+html>).
- Jiménez, J.; Bossert, T. (1995): Chile's Health Sector Reform: Lessons from Four Reform Periods. In: Berman, P. (ed.) *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Boston: Harvard University Press.
- Kaempffer, A.; Medina, E. (2006): Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. *Revista chilena de pediatría* 77 (5): 492-500 ([www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062006000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000500007&lng=es&nrm=iso&tlng=es)).
- Lenz, R.; Fresard, C. (1995): Compromisos de Gestión: Algunos Aspectos Conceptuales y Empíricos. Documento de Trabajo No 14/95. Santiago de Chile: Corporación de Promoción Universitaria.
- Leppo, K.; Ollila, E.; Peña, S.; Wismar, M.; Cook, S. (2013): Health in All Policies: Seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf)).
- Letelier, A.; Cifuentes Rivas, Gu. (2014): Situación y abordaje de lista de espera en un establecimiento de salud público en Santiago de Chile (Waiting list in a public health facility in Santiago, Chile). *Medwave* 14 (6): e6000. DOI: 10.5867/medwave.2014.06.6000 (<http://www.medwave.cl/medios/medwave/Julio2014/PDF/EnfoquesDeSalud/medwave.2014.06.6000.pdf>).
- Massad, C. (1995): Principios Orientadores para la Reforma de la Salud. Documento de Trabajo No 15/95. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.
- Méndez, C.; Vanegas-López, J.J. (2010): La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Publica* 27 (2): 144-148 (<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a09v27n2.pdf>).
- MIDEPLAN (2000): Propuesta de Políticas para la Seguridad Social en Chile: Componente Salud. Santiago: Ministerio de Planificación y Coordinación, Unidad de Estudios Prospectivos.
- MINSAL (2008a): Orientaciones para la programación y planificación en red. Santiago: Ministerio de Salud
- MINSAL (2008b): En el camino a Centro de Salud Familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2010): Encuesta nacional de Salud. ENS Chile 2009-2010. Santiago: Ministerio de Salud de Chile (<http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64-dfe040010165012d23.pdf>).
- MINSAL (2013): Estadísticas por tema. Santiago: Departamento de Estadísticas e información de Salud. Santiago: Ministerio de Salud (<http://www.deis.cl>).
- Miranda, E. (1993): Aporte de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) a la seguridad Social. In: Solimano, G. (ed.). *Propuestas para el Rediseño del Sistema de Salud: Cuatro temas básicos*. Santiago: CORSAPS.
- Miranda, E., Scarpaci, J.; Irarrázabal, I. (1995): A decade of HMOs in Chile: market behaviour, consumer choice and the state. *Health and Place* 1 (1): 51-59. DOI: 10.1016/1353-8292(95)00006-8.

- Missoni, E.; Solimano, G. (2010): Towards Universal Health Coverage: the Chilean experience. World Health Report 2010 – Background Paper 4. Genf: WHO (<http://digicollection.org/hss/documents/s18282en/s18282en.pdf>).
- Montero, J.; Téllez, A.; Herrera, C. (2010): Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica (PUC), Centro de Políticas Públicas UC. Temas de agenda pública 5 (38): 1-12 ([http://politicaspUBLICAS.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos\\_publicaciones/adjuntos\\_publicacion.archivo\\_adjunto.80d1727c57c4052a.53544133382e706466.pdf](http://politicaspUBLICAS.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos_publicaciones/adjuntos_publicacion.archivo_adjunto.80d1727c57c4052a.53544133382e706466.pdf)).
- Moreira, M.R.; Escorel, S. (2009): Municipal health councils of Brazil: a debate in the democratization of health in the twenty years of the UHS. *Cien Saude Colet* 14 (3): 795-805 ([http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_15.pdf)).
- Oyarzo, C. (2000): La descentralización financiera en Chile en la década de los noventa. *Revista Panamericana de Salud Pública* 8 (1/2): 72-82 ([http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892000000700025-&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700025-&lng=en&nrm=iso&tlng=es)).
- Oyarzo, C.; Galleguillos, S. (1995): Hacia la Creación de un Seguro Solidario en Salud. La Agenda de Reforma del FONASA. Documento de Trabajo Nr. 13/95. Santiago de Chile: Corporación de Promoción Universitaria (CPU).
- PAHO/WHO (2010): Redes integradas de servicios de salud. Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas Nr. 4. Washington DC: PAHO/WHO ([http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250)).
- PAHO/WHO-Chile (2002): La Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud en Chile (1902-2002): Cien años de colaboración. Santiago de Chile: PAHO/WHO.
- PAHO (2007): Health in the Americas 2007 – Volume II. Chile. Washington DC: PAHO (<http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/health-americas-2007-vol-2.pdf>): 196-217.
- PAHO (2013): Health in the Americas 2012. Technical y Scientific Publication No. 636. Pan American Health Organization Washington D.C.: PAHO/WHO ([http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=en](http://www.paho.org/SaludenlasAmericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=14&lang=en)).
- Paraje, G.; Vásquez, F. (2012): Health equity in an unequal country: the use of medical services in Chile. *International Journal for Equity in Health* 11: 81. DOI: 10.1186/1475-9276-11-81 (<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-11-81.pdf>).
- Quiroga, R. (2000): Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile. División de Recursos Humanos. Ministerio de Salud. Santiago: Ministerio de Salud ([http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/CHI\\_PAHO&MS\\_RegulacionRHUS\\_2000.pdf](http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/CHI_PAHO&MS_RegulacionRHUS_2000.pdf)).
- Reichard, S. (1996): Ideology drives health care reforms in Chile. *Journal of Public Health Policy* 17, 1: 80-98. DOI: 10.2307/3342660 (<http://www.palgrave-journals.com/jphp/journal/v17/n1/pdf/jphp19968a.pdf>; <http://www.jstor.org/stable/3342660.pdf>).

- Roemer, M.I. (1991): National Health Systems of the World. Volume I, The Countries. New York and Oxford: Oxford University Press.
- Salinas Rebolledo, E.A.; de la Cruz Mesía, R.; Bastías Silva, G. (2014): Inasistencia de pacientes a consultas médicas de especialistas y su relación con indicadores ambientales y socioeconómicos regionales en el sistema de salud público de Chile (Nonattendance to medical specialists' appointments and its relation to regional environmental and socioeconomic indicators in the Chilean public health system): *Medwave* 14, 9:e6023. DOI: 10.5867/medwave.2014.09.6023 (<http://www.medwave.cl/medios/medwave/Octubre2014/PDF/medwave.2014.09.6023.pdf>).
- Starfield, B. (1991): Primary Care and Health. A Cross-National Comparison. *JAMA* 266 (16): 2268–2271. DOI: 10.1001/jama.1991.03470160100040 ([http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/9485/jama\\_266\\_16\\_040.pdf](http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/9485/jama_266_16_040.pdf)).
- Starfield, B. (1994) Is Primary Care Essential? *Lancet* 344 (8930): 1129-1133. DOI: 10.1016/S0140-6736(94)90634-3.
- Superintendencia de Salud (2014): Servicios, Orientación en Salud: Patologías Garantizadas AUGE. Santiago: SISP (<http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyname-501.html>).
- Vallejos, H. (1976): Einige Merkmale des chilenischen Gesundheitssystems. *Jahrbuch für Kritische Medizin, Argument Sonderband* 8. Hamburg: Argument-Verlag: 260-273 ([http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM\\_Band1\\_Kapitel27\\_Vallejos1.pdf](http://www.med.uni-magdeburg.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band1_Kapitel27_Vallejos1.pdf)).
- Vargas, I. (2012): Enfermedades crónicas no transmisibles: una propuesta de intervención en Atención Primaria. Santiago: Ministerio de Salud, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales. ([http://minsal.uvirtual.cl/documentos/archivo/irma\\_vargas.pdf](http://minsal.uvirtual.cl/documentos/archivo/irma_vargas.pdf)).
- WHO (1978): Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Care, Alma-Ata, 6-12 September 1978. Genf: World Health Organization ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/113877/E93944.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf)).
- Zuleta, S. (2012): Financiamiento de Atención Primaria de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago: Ministerio de Salud.