

El Sistema de Salud chileno: *Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019*

*The Chilean Health System: Analysis and Perspectives in the
Framework of the Social Explosion of October 2019*

Por Claudio A. Castillo* y Helia Molina Milman**

Fecha de Recepción: 01 de febrero de 2020.

Fecha de Aceptación: 27 de marzo de 2020.

RESUMEN

El actual Sistema de Salud chileno nace en 1952 con la conformación de una extensa red asistencial, con distintos niveles de atención y presencia en todo el territorio. Este sistema se modificó durante la dictadura militar, traspasando la Atención Primaria de Salud a los municipios y creando una nueva institucionalidad. El sistema de salud es segmentado y fragmentado, en el financiamiento y aseguramiento como en el modelo de organización, gestión y atención de la provisión de los servicios, respectivamente. La rectoría y la regulación recaen en el Ministerio de Salud. El aseguramiento puede ser público (Fondo Nacional

de Salud), privado (ISAPRES), institucional cerrado (Fuerzas Armadas y Carabineros, con financiamiento principalmente fiscal) o laboral (Mutualidades privadas con financiamiento de trabajadores y empleadores). El sistema de salud hoy atiende a una población envejecida y con un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades no transmisibles y alta presencia de factores de riesgo —obesidad, sobrepeso, consumo de alcohol, bajo consumo de frutas y verduras y elevado sedentarismo—. Para Chile, señala la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que el mayor reto para los próximos años será disminuir las desigualdades socioeconómicas que impiden un

* Licenciado en Gobierno y Gestión Pública, Administrador Público y Magister en Políticas Públicas por la Universidad de Chile. Especialista en Políticas Públicas, posítulos de la Universidad Católica de Chile y de la Universidad de Chicago. Correo electrónico: claudio.castillo.c@usach.cl

** Médica Cirujano. Especialista en Salud Pública. Magister de Salud Pública, Mención Epidemiología por la Universidad de Chile, Certificada en epidemiología para Gestores de Salud por la Universidad de John Hopkins, Estados Unidos. Postítulo en evaluación de Programas Comunitarios de Salud por la Universidad de Western Michigan, Estados Unidos. Correo electrónico: helia.molina@usach.cl

desarrollo más equitativo, integral e inclusivo. Las inequidades en términos de la atención de salud, vinculadas a factores sociales, económicos y culturales (pertenencia a grupos indígenas, el lugar de residencia o el género), unido a positivos resultados a nivel global que no toda la población goza, está a la base de que sólo la mitad de quienes se encuentran adscritos a FONASA se sientan protegidos o muy protegidos por el seguro público. A contar del 18 de octubre de 2019, Chile vive un proceso de convulsión social, con múltiples y permanentes manifestaciones de descontento por parte de la ciudadanía, lo que ha obligado a postular modificaciones a FONASA, como seguro público y a las ISAPRES. Sin embargo, las propuestas legislativas en análisis no pasan de ser soluciones cosméticas que no abordan el problema de fondo. En contraposición al modelo actual, sectores progresistas, académicos de distintas universidades y economistas de la salud han planteado una reforma estructural y profunda del sistema de salud, orientado a la creación de un Sistema Nacional con un fondo único, con un enfoque solidario en su financiamiento y de derechos.

Palabras clave: *Sistema de Salud, Inequidades en Salud, Listas de Espera, Desigualdades.*

ABSTRACT

The current Chilean Health System was created in 1952 with the formation of an extensive care network, with different levels of attention and presence throughout the territory. This system was modified during the military dictatorship, transferring Primary Health Care to the municipalities and creating a new institutional framework. The health system is segmented and fragmented, both in terms of financing and insurance and in terms of the organizational, management, and care model for service provision, respectively. The steering role and regulation are the responsibility of the Ministry of Health. Insurance may be public (National Health Fund), private (ISAPRES),

closed institutional (Armed Forces and Carabineros, with mainly fiscal financing) or labor (private mutual insurance companies, with financing from workers and employers). The health system today serves an aging population with an epidemiological profile in which non-communicable diseases predominate and risk factors—obesity, overweight, alcohol consumption, low consumption of fruits and vegetables, and high levels of sedentarism—are present. For Chile, the Pan American Health Organization states that the greatest challenge for the coming years will be to reduce the socioeconomic inequalities that prevent more equitable, comprehensive and inclusive development. Inequalities in terms of health care, linked to social, economic and cultural factors (belonging to indigenous groups, place of residence or gender), together with positive results at the global level that not all the population enjoys, is the basis for the fact that only half of those who are affiliated with FONASA feel protected or very protected by public insurance. As of October 18, 2019, Chile is undergoing a process of social upheaval, with multiple and permanent manifestations of discontent on the part of the citizenry, which has forced the application of modifications to FONASA, as public insurance and the ISAPRES. However, the legislative proposals under analysis are no more than cosmetic solutions that do not address the underlying problem. In contrast to the current model, progressive sectors, academics from different universities and health economists have proposed a deep and structural reform of the health system, aimed at creating a national system with a single fund, with a focus on solidarity in its financing and rights.

Keywords: *Health System, Health Inequalities, Waiting Lists, Inequalities.*

Introducción

La salud, como constructo social y dependiente de determinantes sociales, económi-

cos y ambientales, refleja muy fielmente las brechas de inequidad de un país, más allá del sistema de salud. La forma en que se organizan o estratifican las sociedades “crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización” y como resultados genera “desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad” (OMS, 2008: 3). Los determinantes sociales (definidos según Frensz como las “condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud” (2005:105)) son responsables de la mitad de los resultados de salud en una población. Los sistemas de atención de salud constituyen determinantes esenciales de la salud (OMS, 2008), aportando a un 25% de los resultados sanitarios de las personas (O’Hara, 2005). Dado lo anterior, no podemos centrar entonces en el sistema de salud todas las responsabilidades de los resultados. En Chile se han alcanzado buenos indicadores de salud materno infantiles, pero, como siempre, los promedios esconden diferencias territoriales y étnicas.

El actual Sistema de Salud chileno parte en 1952 con una organización en red, una Atención Primaria de Salud (APS) de alta cobertura, diseñado para el perfil epidemiológico y demográfico de hace cinco décadas, donde primaban las enfermedades infecciosas agudas y los problemas asociados al embarazo y parto. El sistema respondió satisfactoriamente con políticas de control de embarazo, atención profesional del parto, control de niño sano y morbilidad, con alta cobertura en vacunación y avanzando paralelamente en una ampliación de la distribución de agua potable y acceso a saneamiento básico para la población. Hoy el panorama es más complejo, como resultado de una alta expectativa de vida (más de 80 años) y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades crónicas no trasmisibles, con contextos sociales y económicos desiguales.

Cada cinco años aproximadamente, desde 2005, se realiza una Encuesta Nacional de Salud (ENS), donde se identifica claramente que todas las enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, cardiovasculares, entre otras) y de salud mental son hasta cuatro veces más frecuentes, más graves y con menos respuesta al tratamiento en los quintiles de más bajos ingresos.

Un concepto cada vez más utilizado es el de salud en todas las políticas; y de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), al menos 15 se relacionan con potencia a las condiciones de salud. En este artículo de investigación, podrán revisar los indicadores más relevantes en términos de determinantes sociales y económicos, así como indicadores actuales, en el apartado *Antecedentes de Chile y situación de salud*. Una segunda parte, dará cuenta de la evaluación del sistema de salud que realizan los propios usuarios. Luego, destinares una parte a revisar la situación de las listas y tiempos de espera en el país, para cerrar con un análisis y discusión sobre las inequidades en salud y cuál sería la visión de un Sistema que permita evitarlas y se haga cargo de un acceso universal, oportuno y de calidad, abordando la promoción de la salud, la prevención, curación y rehabilitación, de modo de avanzar en la posibilidad de que todos los habitantes del país logren su óptimo potencial de desarrollo y salud.

Antecedentes de Chile y situación de salud

Chile¹ es un país con resultados positivos, en indicadores de estado de salud global. El Informe *Health at a Glance* de 2019, de la Orga-

1 República, Estado Unitario, 16 regiones, 345 municipios, 17,6 millones de habitantes (INE, 2018), 1,5 millones de personas bajo la línea de pobreza, índice de Gini de 0,466 (Banco Mundial, 2020).

nización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE²) (OCDE, 2019), lo sitúa con una esperanza de vida al nacer de 80,2 años, lo que lo ubica cerca del promedio de los países OCDE (80,7 años) y la mortalidad evitable (estandarizada por edad) llega a 206 personas cada 100.000 habitantes (208 para la OCDE). El índice de capital humano (ICH) del año 2018 del Banco Mundial (Banco Mundial, 2019), ubica a Chile en el número 45 entre 157 países, con una clasificación de 0,67, con un máximo de 0,88 (Singapur) y un mínimo de 0,29 (Chad), siendo el mejor país de América Latina y el Caribe³. La población del país está en proceso de envejecimiento demográfico, lo que se ha producido por dos fenómenos concurrentes: el descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. Si en 1992, el índice de envejecimiento era de 21 personas mayores de 65 años respecto de la población entre 0 y 14 años, para el 2031 se espera que sea de 102 y en 2050, de 177 (INE, 2018). En relación a las causas de muerte, en 1957 los tumores malignos representaron la causa de un 13,5% de las muertes, elevándose a 25,1% en 2017. En tanto las enfermedades del sistema circulatorio, pasaron de 14,6% a 31% en el mismo periodo (INE, 2019).

El sistema de salud de Chile es segmentado y fragmentado en el financiamiento y aseguramiento como en el modelo de organización, gestión y atención de la provisión de los servicios, respectivamente. La rectoría y la

regulación recaen en el Ministerio de Salud y sus Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, junto al Instituto de Salud Pública. El aseguramiento puede ser público (Fondo Nacional de Salud, FONASA⁴, financiado por una cotización mensual del 7% del salario de cada trabajador o trabajadora, más aporte fiscal, que llega a un 60% del presupuesto del seguro aproximadamente (González, Castillo-Laborde y Matute, 2019)), privado (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE financiadas por el 7% de la cotización mensual obligatoria de cada trabajador o trabajadora y un porcentaje adicional dependiendo del plan de salud al que se adscriba, siendo de un promedio de 3% (González *et al.*, 2019), institucional cerrado (Fuerzas Armadas y Carabineros, con financiamiento principalmente fiscal) o laboral (Mutualidades privadas con financiamiento de trabajadores y empleadores)). La provisión puede otorgarse a través de la Red Pública de Salud (desde la Atención Primaria de Salud con un Plan de Salud Familiar garantizado hasta hospitales

2 Su sigla en inglés es OECD, Organization for Economic Cooperation and Development.

3 El Índice de Capital Humano varía entre 0 y 1. El índice se mide en términos de la productividad de la próxima generación de trabajadores en relación con el parámetro de referencia de una educación completa y plena salud. El índice de una economía en la que el trabajador promedio alcanza su potencial de plena salud y educación completa será 1.

4 El Art. 27 del Decreto Ley N°2.763, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, del 11 de julio de 1979, le asigna a FONASA las funciones de “Recaudar, administrar y distribuir los recursos (...) y fiscalizar la recaudación; y Financiar, en todo o en parte, de acuerdo a las políticas y prioridades de salud para el país que defina el Ministerio de Salud (...), a través de aportes, pagos directos, convenios u otros mecanismos (...), las prestaciones que se otorguen a los beneficiarios (...) en cualquiera de sus modalidades, por organismos, entidades y personas que pertenezcan o no al Sistema o dependan de éste, sean públicos o privados”, entre otras.

terciarios), la Red Privada de Centros de Salud (incluye Hospitales Universitarios), los establecimientos de las Fuerzas Armadas y Carabineros y Hospitales de las Mutualidades. Las personas afiliadas a FONASA, de acuerdo a una regla de vulnerabilidad económica, se clasifican en cuatro subgrupos: A (23% del total), B (33%), C (19,1%) y D (24,2%) (FONASA, 2020). El grupo A y B tienen gratuidad en las atenciones. Los grupos C y D contemplan, por lo general, un copago de prestaciones de un 10 y 20%, respectivamente. El grupo A no puede acceder a la atención bajo la Modalidad de Libre Elección (MLE) y, por lo tanto, sólo se puede atender en la Red Pública de Salud que le corresponda por su lugar de residencia o trabajo y los flujos de derivación que contempla el sector público, por patologías, a esto se le llama Modalidad de Atención Institucional (MAI). En Chile, existe un grupo de problemas de salud –de alta prevalencia–, que cuentan con garantías legales de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad. Son 85 y se les llaman Garantías Explícitas en Salud (GES) y cubren a los afiliados de los seguros público y privados.

La Red Pública de Salud está compuesta por 62 hospitales de alta complejidad, 27 de mediana y 99 de baja complejidad (González *et al.*, 2019). De acuerdo a lo publicado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), la población según el Censo de 2017, llegó a 17.574.003 personas (INE, 2018) y FONASA, en su Boletín Estadístico 2016-2017 (FONASA, 2020), señala que la población beneficiaria para el año 2017 llegó a 13.926.475 personas (79,2%). Esta cifra está en el mismo orden de lo señalado por la encuesta CASEN.

Información Económica de Salud (IES), publicada por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, 2020), da cuenta que para el año 2017, el país invirtió en salud un 9% del

PIB. Un 4,5% correspondió a gasto público⁵ y el otro 4,5% a gasto privado⁶. Lo anterior se traduce en un monto anual per cápita de \$879.000, donde \$440.000 corresponden al gasto público y \$439.000 a gasto privado. Es importante señalar que en la serie 2003-2017, se trata de la primera vez en que el monto de gasto público supera al gasto privado. El gasto de bolsillo llega a un “38% del gasto total en salud y afecta principalmente a las familias de menos recursos” (OPS, 2017: 110).

La Atención Primaria de Salud, con cobertura nacional, se basa en un modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, contemplando una cartera de 130 actividades en un Plan de Salud Familiar, más programas de reforzamiento (43 al año 2017) que, a través del ciclo de vida, realiza acciones de promoción, prevención, pesquisa, gestión de enfermedades y tratamiento y rehabilitación. Para el año 2016, el presupuesto de la atención primaria representó el 27% del total asignado a los Servicios de Salud del país (Martorell, 2019). La población

5 Considera el gasto en salud referido al Ministerio de Salud (Instituto de Salud Pública, Central Nacional de Abastecimiento del SNSS, Subsecretaría de Salud Pública, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Superintendencia de Salud) y otras Instituciones Públicas como el Servicio Médico Legal, CONIN, las Fuerzas Armadas y de Orden, y Hospital Clínico Universidad de Chile. Además, considera el 7% de cotización obligatoria pagada por las personas afiliadas a FONASA y las cotizaciones básicas, adicionales y extraordinarias pagadas por las empresas, cuya información se recoge a partir de las MUTUALES.

6 Considera el gasto en salud referido al 7% de las cotizaciones obligatorias ISAPRES, cotizaciones adicionales ISAPRES, seguros complementarios a empresas de seguros y gasto de bolsillo en salud de los hogares.

inscrita validada⁷ en la Atención Primaria de Salud (APS), para el 2017 llegó a 12.366.867 (70,4% del total). Esta población incluye a la población que se atiende en la APS administrada por municipios (322 de 345 comunas) y por Organizaciones No Gubernamentales. Adicionalmente, también existen centros de salud de APS que dependen directamente de Servicios de Salud, cuyo financiamiento es por presupuesto histórico o pago por prestaciones. La atención se entrega en más de 2.500 establecimientos (456 servicios de urgencia, 1.166 Postas de Salud Rural), 483 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 218 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y 85 hospitales comunitarios y de la Familia (González *et al.*, 2019) y a través de más de 58.600 funcionarios, con cobertura en todo el territorio nacional (Ministerio de Salud, 2017).

El año 2016, el Sistema Público de Salud produjo más de 42,4 millones de consultas médicas, siendo 18,4 millones atenciones de urgencia, 16 millones de consultas en atención primaria, 8 millones de atenciones de especialidades y 1 millón de intervenciones quirúrgicas. El mismo año, el sector privado produjo 30,8 millones de consultas, de las cuáles 15, 8 millones fueron a usuarios de FONASA y 15 millones a afiliados a ISAPRE. De las 635 mil intervenciones quirúrgicas que realizó el sector privado, 244 mil fueron a beneficiarios FONASA y 390 mil a beneficiarios ISAPRE (González y Castillo-Laborde, 2019).

La Organización Mundial de la Salud, OMS, en su reporte de monitoreo del avance de la Cobertura Universal (OMS, 2019) señala que, para el indicador de servicios de cobertu-

ra universal en salud⁸, Chile alcanza un 70%. En materia de incidencia de gastos catastróficos para las familias, el reporte incluye que al 10% de los ingresos totales del hogar, se vió afectado el 14,6%, y que al 25% de los ingresos totales del hogar, se afectó el 2,1%. Indicadores al año 2017 reportan que un 94% de la población está cubierta o tiene acceso a cuidados, ubicándose bajo el promedio OCDE (98,4%), y respecto de la protección financiera, el 50,1% de la población está cubierta por planes de salud prepagados (71,2% promedio OCDE). El gasto en salud por persona llega a 2.182 dólares (ajustados por poder de paridad de pago), bajo el promedio OCDE, que es de 3.994. Lo mismo ocurre con el número de médicos por 1.000 habitantes que llega a 2,5 (bajo el promedio de 3,5 de la OCDE) o en enfermeras que es de 2,7 por cada 1.000 habitantes (8,8 promedio OCDE).

El país, gracias a un trabajo coordinado entre el sector salud y otros, ha logrado resultados importantes en salud materna e infantil, sin embargo, estos resultados están bajo el promedio OCDE. La mortalidad infantil para el trienio 2015-2017 en Chile fue de 6,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos (en 1990 llegaba a 16) y el promedio OCDE fue de 3,5. En términos de factores de riesgo, es el país con el mayor porcentaje de mayores de 15 años que reportan sobrepeso u obesidad (74,2%), muy por sobre el promedio de la OCDE (58,2%). El 38,3% de niños de 5

7 Para que una persona pueda atenderse en la Atención Primaria debe estar afiliada a FONASA y luego inscribirse presencialmente en un Centro de Salud, sea en la comuna o municipio en que reside, trabaje o estudie.

8 Indicador: Cobertura de los servicios esenciales de salud (definida como la cobertura media de los servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad y el acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida).

a 9 años tienen sobrepeso u obesidad (31,4% para la OCDE).

De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Social (CASEN) de 2017 (Ministerio de Desarrollo Social, 2018), la incidencia de la pobreza en Chile es de 8,6%, con un 2,3% de personas en pobreza extrema y 6,3% en pobreza no extrema. Se presentan diferencias por (i) lugar en que se habita (hay una incidencia de 16,5% de pobreza en el sector rural y 7,4% en urbano, y la pobreza extrema en el sector rural llega a un 4,4% y a un 2% en el urbano, y en la región con mayor incidencia llega a un 17,2% –Araucanía en la zona centro sur del país con alta concentración de personas que pertenecen a pueblos indígenas– y en la menor alcanza una incidencia de 2,1% –Magallanes en el extremo austral del país–), (ii) sexo, en mujeres la pobreza alcanza un 9% (6,6% pobreza no extrema y 2,4% pobreza extrema) y en hombres un 8,2% (5,9% pobreza no extrema y 2,2% pobreza extrema), (iii) por grupos de edad, en niños de 0 a 3 años alcanza un 15%, y de 4 a 17 años a un 13,6% y (iv) por pertenencia a grupos indígenas (la población indígena tiene una incidencia de 14,5% y la población no indígena un 8%).

De acuerdo a lo señalado por la Encuesta CASEN (Ministerio de Desarrollo Social, 2018), al año 2017, un 78% de la población se encontraba afiliada al Seguro Público de Salud (FONASA), un 14,4% a seguros privados (ISAPRE), un 2,8% al sistema de Fuerzas Armadas y de Orden y un 4,8% a ninguno o no sabe. La afiliación al seguro público se mantiene constante desde la encuesta del año 2013. Esta Encuesta se realiza desde el año 1990, y la versión que tuvo mayor adscripción a FONASA fue el 2011, llegando a un 81% y el menor fue 1998, con un 61,6%. En términos de distribución poblacional según decil de ingreso autónomo, en 9 deciles la mayor parte de la población se encuentra adscrita al sistema público (superando el 85% en los 5 deciles más pobres) y sólo en el decil más rico

se encuentran adscritas más personas a seguros privados (68,2%) que en el público (25,4%). En la Encuesta CASEN, en las cuatro últimas versiones se ha mantenido constante la tasa de atención médica ante un problema de salud en los últimos tres meses (2011: 92,6%; 2013: 92,9%; 2015: 93,1% y 2017: 93,7%). Al observar el acceso a atención médica según seguro de salud, quiénes están en FONASA reportan un 93,7% de acceso, para ISAPRE un 95,5%, para Fuerzas Armadas y de Orden un 92,1% y ninguno un 86,2%. Este último grupo es el que más ha aumentado el acceso, ya que en la versión 2013 el porcentaje de atención llegaba a un 78,6%. No se observan diferencias por sexo o pertenencia a pueblos indígenas, y por tramo de edad, niños de 0 a 9 años tienen la mayor tasa (97,1%) y el grupo de 30 a 44 años la menor (92,6%). En términos de ingresos, la población del decil más pobre reportó un 92,5% y el decil más rico un 95,7%. Donde se observan diferencias importantes de acceso es en términos territoriales, ya que la región con menor acceso es Arica y Parinacota (85,4%) y la mayor llega a 97,4% (Aysén). Ambas regiones tienen alta dispersión geográfica y condiciones climáticas extremas. Al consultar respecto de las razones por las que no tuvo atención médica ante enfermedad o accidente en los últimos meses, las principales razones son personales (1. No lo consideró necesario, así que no hizo nada, 41,1%; 2. No lo consideró necesario y tomó remedios caseros, 20,4%; 3. Decidió tomar sus medicamentos habituales, 10,1%; 4. Pensó en consultar, pero no tuvo tiempo, 4,1%), y luego aparecen razones que muestran barreras de acceso: Pidió hora pero no la obtuvo (3,4% y a la baja en relación a las tres mediciones anteriores); Pensó en consultar, pero no tuvo dinero (2,7%); Pensó en consultar, pero le cuesta mucho llegar al lugar de atención (1,8%).

Donde sí se muestran diferencias importantes es al consultar respecto de haber tenido alguna necesidad en salud en los últimos tres

meses según acceso y la experiencia reportada. Respecto de la afirmación que “accedió a atención médica sin reportar problemas de acceso”, le ocurrió a un 68,1% de quienes están adscritos al seguro público, un 83,9% de quienes están afiliados a seguros privados, 72,6% de quienes se atienden por el sistema de las Fuerzas Armadas y de Orden, y un 59,6% para los que no tienen seguro. Luego, los que afirman que “accedió a atención médica y reporta algún problema de acceso”, corresponde a 26,2% de FONASA, 12,1% de ISAPRE, 20,2% de Fuerzas Armadas y de Orden y 26,5% para los que no tienen. En términos de tramo etario, quienes acceden con problemas son las personas mayores, tanto en el tramo de 45 a 59 años (25,7%), como el de 60 y más años (26,3%). Se presentan diferencias tanto territoriales, como por pertenencia a pueblos indígenas y quintiles de ingreso (29,2% del quintil más pobre tuvo problemas, y sólo un 14,8% del quintil más rico refiere haber tenido problemas de acceso).

Evaluación del Sistema de Salud

Durante el año 2017, la Superintendencia de Salud, realizó un Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud, tanto a beneficiarios de FONASA, como de ISAPREs abiertas (Superintendencia de Salud, 2018). Al ser consultadas las personas respecto de su sensación de protección, un 53% se sentía protegido o muy protegido y un 14% desprotegido o muy desprotegido. Este resultado se encuentra dentro del promedio de resultados de este mismo estudio en años previos. En 2014, un 47% se sentía protegido o muy protegido y un 27% desprotegido o muy desprotegido. Se presentan diferencias entre beneficiarios de los seguros, así, el 50% de los beneficiarios de FONASA declaran sentirse protegidos/muy protegidos, elevándose a un 63% entre los usuarios de ISAPRE. El resultado en el caso de la ISAPRE es el más bajo de toda la serie entre 2007 a 2017. El 2010 llegó a un máximo

de sensación de protección, con un 81%. Los resultados presentan diferencias dependiendo donde residen las personas. Dentro de las razones de ¿por qué se siente desprotegido?, en el caso de beneficiarios de FONASA la más mencionada es la falta de horas y listas de espera. En el caso de quienes se encuentran en el tramo A (carente de ingresos), la segunda causa de desprotección es la cobertura, seguida de la atención y trato. Para aquellos que se encuentran en los tramos B, C y D (que pueden acceder a la modalidad de libre elección), la segunda razón es el copago y la tercera es cobertura. Para los beneficiarios de ISAPRE, la primera razón de la sensación de desprotección es la cobertura, seguido por el precio y el Sistema.

Dentro de las experiencias de desprotección, un 45% de beneficiarios FONASA reportó que durante el último año tuvo un problema médico por el que estaba preocupado y le tomó mucho tiempo conseguir hora en el consultorio o centro de salud. Esta cifra baja a un 15% para quienes tienen seguro privado. Un 31% de usuarios FONASA reportan no realizarse exámenes médicos debido al costo, lo que baja a un 9% en usuarios ISAPRE. Un 29% de personas afiliadas a FONASA señalan que no compró algún medicamento debido al costo, y en el caso de afiliados a ISAPRE baja a un 10%. En este mismo estudio, un 14% de quienes respondieron indican que “en general, el sistema funciona bastante bien y sólo pequeños cambios son necesarios para que funcione mejor” (12% para usuarios FONASA y 23% para usuarios ISAPRE), un 58% está de acuerdo con que “hay algunas cosas buenas en nuestro sistema de salud, pero se necesitan cambios fundamentales para que funcione mejor” (57% FONASA, 58% ISAPRE) y un 28% cree que “nuestro sistema de salud tiene muchas cosas malas y tenemos que reconstruirlo por completo” (30% FONASA, 19% ISAPRE). En relación a la satisfacción con su sistema de salud, la nota promedio global el

año 2017 llegó a un 5,0. Usuarios de FONASA evaluaron con nota 4,8 y usuarios ISAPRE con nota 5,4, en escala sobre 7. Al evaluar a los prestadores, los hospitales públicos fueron evaluados con nota 5,5, las clínicas privadas con un 6,3, hospitales privados con nota 6,3, hospitales de las Fuerzas Armadas y de Carabineros con 6,0 y hospital universitario con nota 6,3. Los usuarios ISAPRE evalúan mejor a los hospitales públicos (5,7) que usuarios FONASA (5,5). Los usuarios FONASA evalúan levemente mejor a las clínicas privadas (6,3) que usuarios ISAPRE (6,2). La principal demanda de usuarios FONASA a los prestadores de salud, es mejorar la calidad de la atención (37%), mayor rapidez en exámenes clínicos (23%) y mejorar la sala de espera (20%). Un 30% no mejoraría nada. Para los usuarios ISAPRE lo primero que mejorarían es la información de cobertura y convenios (24%), seguido por mejorar la calidad de atención (17%) y no exigir el pago al momento del ingreso (16%). Un 64% no mejoraría nada.

En enero de 2018, el Centro de Estudio de Conflicto y Cohesión Social (COES), publicó unas Notas en el marco del Estudio Longitudinal Social de Chile (ELSOC), sobre Salud Mental (Hojman *et al.*, 2018), y dentro de sus conclusiones es posible señalar que, considerando poblaciones de ciudades de 10.000 o más habitantes, se encontró que un 18,3% de las personas reporta síntomas moderados y severos de depresión, y un 7,7% síntomas severos. Estos datos, al ser analizados por distintos determinantes sociales, presentan importantes gradientes. Así, por ejemplo, los grupos intermedios socioeconómicamente (deciles sexto y séptimo) obtienen resultados peores, lo que los autores le llaman “bache depresivo”, y lo asocian a una clase media con menor acceso a tratamiento. También se presentan variaciones a nivel de sexo, y en el caso de mujeres de menores ingresos, se suman los factores de riesgo o interseccionalidades. Sin embargo, los hombres reciben menor tratamiento y reportan

menor apoyo social. En términos territoriales, los habitantes de ciudades de más de 100.000 habitantes muestran mejores niveles que quienes viven en ciudades medianas o pequeñas, también por problemas de acceso a tratamiento. Por último, también se muestra una correlación positiva entre síntomas depresivos con mayor endeudamiento, obesidad y consumo de tabaco. Estos resultados son más preocupantes que los mostrados en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), de 2016-2017 (Ministerio de Salud, 2019), donde la sospecha de depresión fue de un 15,8% a nivel nacional, siendo más prevalente en mujeres (21,7%) que en hombres (10%) (usando el instrumento CIDI *short form*) y al aplicar el instrumento en extenso, según DSM-IV, se reporta una prevalencia de 6,2% a nivel nacional (un 2,1% en hombres y 10,1% en mujeres), de los cuáles un 18,7% reporta estar en tratamiento.

La Encuesta del Centro de Estudios Públicos (CEP), de diciembre de 2019 (Centro de Estudios Públicos, 2020), al consultar respecto de ¿cuál cree usted es la razón más importante tras las manifestaciones pacíficas en Chile? ¿Y cuál sería la segunda más importante? La alternativa “La mala calidad de la salud y educación públicas” se ubican en el cuarto lugar (13% como primera opción, y 23% como segunda opción).

En la Encuesta denominada Termómetro Social (Centro de Estudio de Conflicto y Cohesión Social, 2019), aplicada por COES, durante diciembre de 2019, se solicitó a las personas que evaluaran en una escala de 1 a 10 las distintas demandas ciudadanas detrás del estallido social que vive el país desde el 18 de octubre de 2019. Un 89,9% de las personas le asignaron nota 10 (muy importante) a Pensiones y jubilación y un 89,5% le asignó esta misma nota a Salud, transformándose en la segunda demanda con mayor adhesión. Al consultarles sobre ¿cuál es la principal demanda de las anteriores?, un 27,3% señaló Pensiones y jubilación y un 21,7% señaló Salud.

La opción que le sigue es costo de vida, con un 11,6% de menciones. Este mismo estudio señala que, al ser consultadas las personas respecto de que factores tienen mayor influencia en lograr paz social en el país, un 97,3% considera que reducir la desigualdad es muy importante o importante.

Tiempos de espera: reflejo de las desigualdades

Dentro de las injusticias o inequidades que perciben las personas respecto del acceso a prestaciones de salud, se relaciona con los tiempos de espera para acceder a consultas nuevas con especialistas y/o intervenciones quirúrgicas, una vez que se han generado los requerimientos en base al sistema de derivación existente en el país, dado el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), que se ha implementado en Chile. Los tiempos de espera son la expresión o “síntoma del desequilibrio entre la oferta y demanda de servicios de salud, y del incremento de los costos de estos” (BID, 2016: 2), cuestión que es fundamental, ya que la resolución de este problema tiene efectos en la legitimidad que la población le otorga al Sistema de Salud, como también en la equidad del mismo. Interesantemente, se han establecido algunas de las causas de estos desequilibrios, y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), señala, el cambio del perfil epidemiológico y demográfico de las poblaciones (cuestión que en el caso chileno ha sido de gran rapidez e importante transformación), el aumento de clases media más demandantes de servicios, porque son más conscientes de sus derechos, junto con el avance tecnológico (y la comunicación del mismo) y los recursos limitados con los que cuentan los servicios de salud (financieros, personal calificado distribuido geográficamente y de gestión, por nombrar algunos). Para la gestión de los tiempos de espera, se recomienda considerar dos elementos en el diseño de los mecanismos, a saber: a) medir los tiempos de espera, lo que

resulta del todo básico para poder establecer metas, junto con conocer la percepción social de los mismos; y b) desagregar los tiempos de espera a regular (por paciente, por procedimientos, integralmente, por ejemplo) (BID, 2016).

De acuerdo a lo informado por el Ministerio de Salud, a septiembre de 2019 (Ministerio de Salud, 2019), se encontraban retrasadas un total de 7.600 garantías de oportunidad del Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), con un promedio de retraso de 56,6 días, representando un incumplimiento de 0,37% del total de garantías activas. De éstas, 447 correspondían a la APS, 428 a la atención secundaria y 6.725 a la atención terciaria. En relación a las Listas de Espera No GES, a septiembre de 2019, se encontraban 1.942.352 registros (1.668.715 personas, 9,5% de la población del país) en ellas para una Consulta Nueva de Especialidad, con un promedio de días de espera de 382. De este total, 1.447.410 registros se encuentran a la espera de una consulta médica y 494.942 están esperando consulta odontológica. Tanto la cifra como el promedio de días de espera es la más alta desde marzo de 2018 (1.803.833 registros con un promedio de 376 días). Se producen significativas diferencias territoriales, ya que el Servicio de Salud con mayor cantidad de registros en espera y con mayor promedio de días es O’ Higgins –en la zona central del país y con una población de 914.555 personas a 2017– (170.449, con un promedio de 757,08 días) y el menor es Arica –en el extremo norte, con una población de 226.068 personas– (11.058, con un promedio de 95 días). En relación a la cantidad de personas a la espera de una intervención quirúrgica, a septiembre de 2019, el total alcanzaba la cifra de 266.899 registros (240.822 personas) con un promedio de 319 días de espera, menos que los 290.873 registros que esperaban en marzo de 2018, con un promedio de espera en ese entonces de 483 días. En términos de distribución territorial,

las personas que más tiempo llevan esperando se encuentran en el Servicio de Salud Valdivia (475,47 días en promedio) y las de Arica con la menor cantidad (167,27 días en promedio). De los 266.899 registros en espera, 199.397 corresponden a Intervenciones Quirúrgicas Mayores (74,7%) y 67.502 Menores (25,3%).

Para 2017, la OCDE reporta una serie de datos sobre tiempos de espera, para varios países, incluyendo a Chile. Por ejemplo, para la espera por una cirugía de cataratas la mediana es de 119 días y el promedio 121, y para los 16 países que consideró este indicador, la mediana fue de 77 días y el promedio de 129 días. Para el reemplazo de cadera, la mediana para Chile fue de 240 días y el promedio 433 días de espera, situándonos en la peor posición de los 16 países estudiados (mediana de 95 días y promedio de 161 días). La misma situación ocurre con el reemplazo de rodilla, en que la mediana de espera en Chile es de 842 días y el promedio 861 días, y para los 16 países de la OCDE analizados, la mediana fue de 114 días y el promedio 227 días de espera.

Discusión

Chile es el país con el mejor índice de Capital Humano en América Latina y el Caribe, una expectativa de vida superior a 80 años, una baja incidencia de pobreza (por ingresos) y un índice de Gini que se ha mantenido en torno al 0.5 en las últimas décadas, lo que da cuenta de una desigualdad de ingresos relativamente estructural. La población del país está en un proceso de envejecimiento demográfico, producto del descenso de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, asociado a un cambio en el perfil epidemiológico, con alta presencia de factores de riesgo –obesidad, sobrepeso, consumo de alcohol, bajo consumo de frutas y verduras y elevado sedentarismo–, y las principales causas de muerte están asociadas a enfermedades del sistema circulatorio y tumores malignos.

Para Chile, señala la Organización Panamericana de la Salud que “el mayor reto para los próximos años será disminuir las desigualdades socioeconómicas que impiden un desarrollo más equitativo, integral e inclusivo” (OPS, 2017: 110), que se reflejan en el sistema de salud mixto, segmentado –ya que en el seguro público (FONASA) se concentra la población con mayores vulnerabilidades (por situación socioeconómica, sexo, estado de salud y edad) – y fragmentado que tiene el país (con un incipiente proceso de implementación de la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud). El país invierte montos similares en gasto público (\$440.000 por persona al año) y privado (\$439.000), lo que da cuenta de un elevado gasto de bolsillo, que llega a un 38% del gasto total en salud, afectando a las familias de menores ingresos principalmente.

De acuerdo a la OMS, Chile alcanza un 70% en el indicador de servicios de cobertura universal en salud. En términos de acceso a atenciones de salud, de acuerdo a la Encuesta CASEN, se presentan importantes diferencias territoriales entre las regiones del país, y tal como lo han señalado otros estudios, se reconoce “la necesidad de diseñar y ejecutar políticas sanitarias participativas e intersectoriales, que reduzcan o eliminen las barreras que son responsabilidad de sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo a la atención de salud” (Hirmas *et al.*, 2013: 228). Al observar la percepción de los ciudadanos en base a la Encuesta de la Superintendencia de Salud de 2017, sólo la mitad de los beneficiarios FONASA se sentían protegidos/muy protegidos con su seguro, siendo este resultado superior en los usuarios de ISAPRE (63%). Las razones para que solo la mitad de quienes están adscritos a FONASA se sientan protegidos, reside en la falta de horas médicas y de especialistas y en las listas de espera.

A contar del 18 de octubre de 2019, Chile vive un proceso de convulsión social, con

múltiples y permanentes manifestaciones de descontento social por parte de la ciudadanía. La Encuesta CEP de diciembre de 2019 ubica como una de las causas de este descontento social a la “mala calidad de la salud y educación públicas” (en el cuarto lugar), y en el Termómetro Social del mismo mes, las personas evaluaron en una escala de 1 a 10 las distintas demandas ciudadanas detrás del estallido social. Un 89,9% de las personas le asignaron nota 10 (muy importante) a Pensiones y jubilación y un 89,5% le asignó esta misma nota a Salud, transformándose en la segunda demanda con mayor adhesión. Al consultarles sobre “¿cuál es la principal demanda de las anteriores?”, un 27,3% señaló Pensiones y jubilación, y un 21,7% Salud. Este mismo estudio señala que, al ser consultadas las personas respecto de que factores tienen mayor influencia en lograr paz social en el país, un 97,3% considera que reducir la desigualdad es muy importante o importante.

Una de las causas que afectan de manera sustancial la confianza en el sistema público de salud, y la sensación de protección de quienes están afiliados a FONASA, son las listas de espera, para acceder a consultas con médicos y médicas especialistas y a intervenciones quirúrgicas.

Las listas de espera, como síntoma del desajuste entre la oferta y la demanda del sistema de salud, afectan la equidad del mismo, y dentro de las causas de éstas, el BID identifica el cambio del perfil epidemiológico y demográfico de las poblaciones, el aumento de una clase media más demandante de servicios y consciente de sus derechos, junto con el avance tecnológico (y la comunicación del mismo) y los recursos limitados con los que cuentan los servicios de salud (financieros, personal calificado distribuido geográficamente, y de gestión, por ejemplo).

En el caso de Chile, a septiembre de 2019, 1.668.715 personas se encontraban en lista de espera para una primera consulta con un médico especialista (9,5% de la población

del país) y 240.822 personas esperaban una intervención quirúrgica. Estos números reflejan este desequilibrio pero, además, muestran diferencias importantes en términos territoriales. Por ejemplo, para consultas con médicos especialistas, el Servicio de Salud con la mayor cantidad de registros en espera y con mayor promedio de días es O'Higgins –en la zona central del país y que tiene una población de 914.555 personas a 2017– (170.449 personas en espera (18% de la población regional), con un promedio de 757,08 días) y el menor es Arica –en el extremo norte, con una población regional de 226.068 personas– (11.058 (4,9% de la población regional), con un promedio de 95 días). Esta misma circunstancia se replica en la lista de espera de las intervenciones quirúrgicas, ya que las personas que más tiempo llevan esperando se encuentran en el Servicio de Salud Valdivia en el sur del país (475,47 días en promedio) y las que menos esperan son las personas de Arica (167,27 días en promedio). Si, comparamos estos resultados a nivel internacional, específicamente para reemplazo de cadera y rodilla, Chile queda ubicado con el peor resultado de los 16 países de la OCDE analizados.

Estas inequidades en términos de la atención de salud, vinculadas a factores sociales, económicos y culturales (pertenencia a grupos indígenas, el lugar de residencia o el género), unido a positivos resultados a nivel global que no toda la población goza, está a la base de que sólo la mitad de quienes se encuentran adscritos a FONASA se sientan protegidos o muy protegidos, y considerando que la atención de salud constituye un aspecto fundamental del bienestar de todo país, estas desigualdades son inaceptables, tal como lo señala la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). Las causas de las listas de espera sólo pueden profundizar el problema, si no se refuerza de manera significativa la capacidad instalada del Sistema Público de Salud, que atiende a la mayor parte de la población, la que tiene mayores

vulnerabilidades. Este esfuerzo social, debe ir enfocado a reducir las inequidades (injustas y evitables) en el sector salud, por ejemplo, disminuyendo barreras de acceso y promover un modelo de Atención Primaria Universal, más resolutive y pertinente culturalmente, con foco en prevención y promoción y fomentar la participación de usuarios y comunidades, donde los prestadores de salud deben realizar una adaptación de la provisión de servicios a las necesidades específicas de su población, junto con realizar un diseño e implementación de estrategias de búsqueda de grupos que no contactan al sistema de salud (Hirmas *et al.*, 2013), como adolescentes y personas jóvenes.

Dado el estallido social y la insatisfacción con el Sistema de Salud, se ha obligado a postular modificaciones a FONASA, como seguro público y a las ISAPRES. Sin embargo, las propuestas legislativas en análisis no pasan de ser soluciones cosméticas que no abordan el problema de fondo. En contraposición al modelo actual, sectores progresistas, académicos de distintas universidades y economistas de la salud han planteado una reforma estructural y profunda de sistema de salud, orientado a la creación de un Sistema Nacional con un fondo único, con un enfoque solidario en su financiamiento y de derechos. En este modelo, las ISAPRES podrían transformarse en seguros complementarios sin manejar las cotizaciones obligatorias. Los modelos internacionales de sistemas únicos nacionales de salud, han mostrado ser eficaces y eficientes en el manejo de los problemas de salud y en el abordaje histórico de epidemias y desastres naturales y sus efectos en salud. En este mismo marco, una nueva Carta Fundamental se hace necesaria para que se proclamen los derechos humanos básicos como salud, educación, previsión social y protección social, entre otros.

Aun cuando existen interrogantes, no cabe duda que es importante abordar la inequidad en salud y que cada ciudadano o ciudadana reciba los servicios de salud que requiere, con

principio de seguridad social y en un modelo solidario de financiamiento. La propuesta de un sistema único, de seguridad social con enfoque solidario y de derechos es absolutamente coherente con los postulados aprobados en la Organización Panamericana de la Salud, en el marco de la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (OPS, 2014), a lo que se debe agregar el desafío para que el país destine un piso de financiamiento para el gasto público en salud de un 6% del PIB en el corto plazo.

Referencias bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo (2016). *Listas de Espera: un Mecanismo de Priorización del Gasto en Salud*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Banco Mundial (2019). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2019: La naturaleza cambiante del trabajo, cuadernillo del "Panorama general"*. Washington DC: Banco Mundial. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/767331554985479543/pdf/Main-Report.pdf>
- Banco Mundial (2020). *Poverty and Equity Brief. Chile. October 2019. Perfil de país*. Disponible en: https://databank.worldbank.org/data/download/poverty/33EF03BB-9722-4AE2-ABC7-AA2972D68AFE/Global_POVEQ_CHL.pdf
- Centro de Estudio de Conflicto y Cohesión Social, COES (2019). *Termómetro Social*. Santiago: COES. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B3Y48LCzPOdQTEFaRXpFcEh1TC1KalBENkpKMjAzLVRGdT Vj/view>
- Centro de Estudios Públicos. (2020). *Estudio Nacional de Opinión Pública Nº84*. Santiago: COES. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/docs/20200116/20200116081636/en-cuestacep_diciembre2019.pdf
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de

- la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol. 9 (2): 103-110.
- Fondo Nacional de Salud. (S/D). *Boletín Estadístico 2016-2017*. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos>
- González, C., Castillo-Laborde, C., Matute, I. [Eds.]. (2019). *Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Santiago de Chile: CEPS, Facultad de Medicina, CAS-UDD.
- Hirmas Adaury, M., Poffald Angulo, L., Jasmén Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamá Salud Pública*. 33 (3): 223-9.
- Hojman, D., Krauze, M., Llaupi, M., Rojas, G., & Vergés, A. (2018). *Notas COES de política pública / N° 15. Módulo 6: Salud y bienestar Salud mental en el Chile de hoy*. Santiago: Centro de Estudio de Conflicto y Cohesión Social, COES. Disponible en: <https://coes.cl/wp-content/uploads/2018/01/N6.-ELSOC.-Salud-y-bienestar.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2018). *Síntesis de Resultados Censo de 2017*. Santiago: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/censo-de-poblacion-y-vivienda/publicaciones-y-anuarios/2017/publicaci%C3%B3n-de-resultados/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf?sfvrsn=1b2dfb06_6
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2018). *Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Total país, 4*. Santiago: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/base-2017/ine_estimaciones-y-proyecciones-de-poblaci%C3%B3n-1992-2050_base-2017_s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=c623983e_6
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2018). *Síntesis de Resultados Censo de 2017*. Santiago: Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/censo-de-poblacion-y-vivienda/publicaciones-y-anuarios/2017/publicaci%C3%B3n-de-resultados/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf?sfvrsn=1b2dfb06_6
- Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2019). *Anuario de Estadísticas Vitales*. Santiago: Instituto Nacional de Estadísticas. Disponible en: https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4
- Martorell, B. (2019). Primary Health Care Model and payment system. *Presentación realizada a delegación de Pakistán, en evento organizado por el Banco Mundial*. 24 de octubre de 2019.
- Ministerio de Salud (2017). *Atención Primaria de Salud en Chile. Avances y desafíos*. Santiago: Asociación Chilena de Municipalidades. Disponible en: https://achm.cl/download/0822_al_24_olmue_atencionprimariasaludenchi-leavancesydesafosiii-pdf/
- Ministerio de Salud (2019). *Documento segunda entrega de resultados Tercera Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017*. Santiago: Ministerio de Salud. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/MinutaTecnica.-2%C2%BA-Resultados-ENS_DEPTO.EPIDEMIOLOGIA.MIN-SAL.14.01.2019.pdf
- Ministerio de Salud (2019). *Informe Glosa N° 6*. Santiago: Ministerio de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/ORD-4757.-Parte-1-de-2.pdf> <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/ORD-4757.-Parte-2-de-2.pdf>
- Ministerio de Salud (2020). *Información Económica de Salud*. Santiago: Ministerio de Salud. Disponible en: <http://ies.minsal.cl/gastos/sha2011/indicadores/1>

- Ministerio de Desarrollo Social (2018). *Casen 2017. Situación de pobreza. Síntesis de resultados*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_pobreza_Casen_2017.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social (2018). *Encuesta CASEN. Síntesis de Resultados. Salud*. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/Resultados_Salud_casen_2017.pdf
- O'Hara, P. (2005). *Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework*. Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada. Canadá: Edmonton Social Planning Council. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/resources/paper_ca.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Resumen: panorama regional y perfiles de país*. En *Salud en las Américas+* (pp. 107-110). Washington, D.C.: OPS.
- OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Resolución CD53.R14*. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-R14-s.pdf>
- Superintendencia de Salud (2018). *Estudio de Opinión sobre el Sistema de Salud 2017*. Santiago: Superintendencia de Salud. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-17015_recurso_1.pdf
- World Health Organization (2019). *Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage: 2019 Monitoring Report: executive summary*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: <https://www.healthpolicy-watch.org/wp-content/uploads/2019/09/Full-report.pdf>

Para citar este Artículo de investigación:

Castillo, C. y Molina Milman, H. (2020). El Sistema de Salud chileno: Análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019. *Revista Estado y Políticas Públicas*. Año VIII, Núm. 14, 53-67.