



Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición

Constanza Forascepi Crespo¹

Forma de citar

Forascepi Crespo C. Chile: nuevos desafíos sanitarios e institucionales en un país en transición. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e137. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.137>

RESUMEN

En Chile, desde 1950, las políticas públicas sanitarias se transformaron en un tema prioritario. Se lograron importantes avances en aspectos sanitarios básicos –como cobertura de agua potable- y priorización de la atención primaria de salud, lo que permitió controlar enfermedades transmisibles, reducir la mortalidad materno-infantil y eliminar la desnutrición. Chile, con un modelo mixto de salud, logró el cometido de la Declaración Alma-Ata de “alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos” y obtuvo los mejores índices sanitarios y socioeconómicos de América Latina.

Sin embargo, proveer un mejor nivel de salud a la población es una meta que nunca llega a su fin y pareciera ser que Chile quedó estancado. En este contexto, el desafío es plantearse las nuevas metas sanitarias que tiene el país, ya no como un país de ingresos bajos, sino como un país de ingresos medios-altos, cuyas problemáticas de salud son otras. En concreto, Chile debe avanzar en perfeccionar la atención y cuidado de la salud de las personas, con políticas sanitarias enfocadas en enfermedades no transmisibles –como afecciones cardiovasculares y el cáncer- y enfocadas en la prevención y promoción de la salud. Para ello, el Ministerio de Salud debe modernizar su gestión y retomar su rol de gestor de metas sanitarias, que ha sido absorbido por tareas administrativas. Todo ello sin perder la complementariedad alcanzada entre los sectores público y privado, de modo de aminorar las limitaciones que tiene hoy el sistema público.

Palabras clave

Atención a la salud; enfermedades no transmisibles; factores de riesgo; indicadores de salud; indicadores sociales; salud pública; Chile.

El objetivo de este estudio es exponer, mediante el uso de indicadores socioeconómicos y sanitarios, los logros y deficiencias de Chile en materia de salud. El desafío es no quedarse en los logros, sino mostrar hacia dónde se debe seguir avanzando en materia de salud pública, pues Chile se quedó estancado y debe reencaminarse hacia los estándares sanitarios de países más avanzados, donde

las preocupaciones están enfocadas en enfermedades crónicas no transmisibles y en la prevención y promoción de la salud, entre ellos, la reducción de los factores de riesgo para la salud.

Para tener una medición confiable y con métodos similares de evaluación de ciertas condiciones sanitarias, se utilizaron indicadores publicados por reconocidos organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), entre otros. El estudio se organiza de la siguiente manera; primero se describe el

sistema de salud vigente en Chile, para luego mostrar su evolución sanitaria y su posición respecto a los países de América Latina y la OCDE y, por último, presentar las conclusiones y desafíos que enfrenta el país.

Breve descripción del sistema de salud chileno

El sistema de salud chileno es mixto: en él coexisten la participación pública y privada en lo que se refiere al aseguramiento, financiamiento y provisión de atenciones médicas. Esta segmentación

¹ Asociación Gremial de Instituciones de Salud Previsional de Chile (ISAPRES), Chile. Enviar correspondencia a Constanza Forascepi Crespo, cforascepi@isapre.cl

del sistema se originó con la Constitución de la República de 1980, que permitió que los trabajadores eligieran adónde destinar su cotización legal y obligatoria de salud (7% de la remuneración imponible); si al asegurador público, denominado Fondo Nacional de Salud (FONASA) o a uno de los aseguradores privados, denominados Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). A cambio, estas instituciones coordinan la atención y financian las prestaciones de salud (diferentes niveles de cobertura), además de gestionar y pagar -en sustitución del empleador- la renta de los trabajadores cuando estos padecen alguna enfermedad que los inhabilita para desempeñar su labor. En la actualidad, 75% del total de la población chilena está adscrita al FONASA, 19% a ISAPRES y 6% a los sistemas previsionales de las Fuerzas Armadas y Carabineros o dispone de seguros privados distintos a ISAPRES (1-3).

FONASA ofrece un plan único con dos modalidades de atención, en la red pública (MAI, modalidad institucional) o en red privada (MLE, modalidad libre elección). Estas modalidades difieren en el tipo de prestador y en el nivel de cobertura financiera (personas con escasos o nulos recursos no tienen acceso a MLE). La MLE, se utiliza más en prestaciones ambulatorias, pues la cobertura hospitalaria es baja. En ISAPRES, los beneficiarios pueden optar entre múltiples planes, con un mínimo establecido por ley, que son contratos de duración indefinida.

En FONASA, un tercio del financiamiento proviene de la cotización obligatoria de los trabajadores y la fracción restante de aportes fiscales y municipales (4). Por el contrario, en el sistema ISAPRES, dos tercios del financiamiento proviene de la cotización obligatoria y el resto de los aportes voluntarios realizados por sus afiliados cuando la cotización obligatoria es insuficiente para financiar el plan de salud escogido (5). En ISAPRES, aproximadamente 80% de la cartera cotiza en forma adicional: la cotización promedio corresponde a 10% del salario.

De lo anterior se desprende que, por un lado, la libertad de elección entre seguros solo es posible para la población que puede autofinanciar su salud en el sector privado y, por otra parte, las personas financian un plan de salud de acuerdo con sus posibilidades financieras y el hecho que solo el

FONASA recibe un subsidio estatal, contribuye a tener un sistema segmentado según el nivel socioeconómico.

Por otra parte, existen diferencias importantes entre el sistema público y privado en lo que se refiere al acceso a una atención oportuna y de calidad, lo que se refleja en la existencia de listas de espera en el sector público, las menores tasas de usos de los beneficiarios del sistema público respecto del privado y la peor opinión que se tiene del sistema público. En particular, en FONASA, más de 2,3 millones de personas esperan por una consulta de especialidad, cirugía o ambas (6). En tanto, encuestas recientes de Cadem (7), muestran que 67% de los consultados considera que la calidad de la salud privada en Chile es buena o muy buena, mientras solo 15% considera que es buena o muy buena en el sector público. Se indica que la prioridad para mejorar la calidad de la salud debiese estar centrada en incrementar la cantidad de especialistas y disminuir los tiempos de espera en el sector público (8).

Pese a que la cápita para atenciones de salud de FONASA se ha duplicado en la última década y hoy es muy similar a la de ISAPRES (9), no se han observado grandes avances en la satisfacción de los usuarios del sistema público. Ello deja al descubierto los serios problemas de gestión y descontrol financiero que tiene este sector, lo que se traduce en servicios clínicos deficientes y en una falta de capacidad resolutoria de la atención primaria, entre otros. Esto redundará en una insatisfacción permanente por parte de sus afiliados, ya que no encuentran soluciones oportunas y de calidad en las redes de atención públicas. FONASA es una institución pública sin capacidad de autogestionarse (restricciones legales para la gestión), no tiene incentivos en su gestión, ni capacidad de negociación sobre variables tan relevantes como los sueldos de sus empleados.

Por su parte, el desarrollo del sistema ISAPRES ha permitido una sustancial expansión de la actividad médica privada, el auge de inversión en infraestructura hospitalaria y de asistencia médica ambulatoria, disponible tanto para usuarios de ISAPRES como de FONASA: 42% de las prestaciones otorgadas por prestadores privados es a pacientes del FONASA (10). Sin embargo, al aseguramiento privado se le critica que debe avanzar hacia un modelo que se acerque más a los principios de la seguridad social, con plan

único, tarifa plana y movilidad de sanos y enfermos. En síntesis, Chile cuenta con una cobertura de toda su población, pero falta mejorar el acceso oportuno para todos con el fin de lograr la cobertura universal de salud.

La evolución de la situación sanitaria en Chile

Hasta mediados del siglo pasado, Chile era uno de los países más rezagados de la región, con 60% de su población pobre y cerca de 25%, analfabeta. Los indicadores de salud tampoco eran buenos: en 1950 la mortalidad infantil era de 150 por cada 1 000 nacidos vivos (NV); la mortalidad neonatal era de 27 por cada 1 000 NV y la mortalidad materna alcanzaba 276 por cada 100 000 NV. Además, 63% de los niños menores de seis años estaba desnutrido y la expectativa de vida al nacer era de apenas 39 años. En el ámbito de saneamiento, la cobertura de agua potable era de 52% y la disponibilidad de alcantarillados de 21% (3, 11-18) (cuadro 1).

Sin embargo, este escenario cambia de manera paulatina a partir de la segunda parte del siglo XX, primero con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952 y luego, en 1980, con la creación del FONASA y las ISAPRES (el SNS, pasa a ser el Sistema Nacional de Servicios de Salud, SNSS). A esto se sumaron mejoras en las condiciones sanitarias tales como vivienda, agua y vertederos. Como señala Boj et al (16), el SNS, y posteriormente el SNSS, ampliaron la cobertura de atención, lo que permitió contar con una infraestructura nacional de salud que fue capaz de penetrar a todos los estratos de la sociedad, sobre todo en los grupos de menores ingresos. Se ofrecieron servicios gratuitos de medicina preventiva y de atención de salud, control prenatal y posnatal, atención del parto en maternidades, y control de niño sano con coberturas de vacunaciones y entrega de alimentos a las madres y niños. En suma, se desarrollaron exitosos programas de salud materno infantil y de erradicación de la desnutrición infantil. En el ámbito del saneamiento, se amplió la cobertura de agua potable y de alcantarillados.

De esta forma, las políticas sanitarias generaron un cambio relevante en los indicadores sanitarios y socioeconómicos del país (cuadro 1). Hoy la población alcanza los 18,4 millones de habitantes y la condición de pobreza ha

CUADRO 1. Evolución de algunos indicadores sanitarios y socioeconómicos de Chile

Indicadores	1950-52	1980	1990	Último año con información
Población	6 081 931 (1950)	11 174 173	13 178 782	18 373 917 (2017)
PIB per cápita PPC (USD)	ND	ND	4 589	23 960 (2016)
Pobreza (%)	60,0	40,3	38,6	11,7 (2015)
Cobertura urbana agua potable (%)	52,0	91,4	97,4	99,9 (2014)
Alcantarillados urbanos (%)	21,0	67,4	81,8	96,7 (2014)
Desnutrición aguda infantil (% < 6 años)	63,0	11,5	8,0	0,5 (2014)
Mortalidad infantil (por 1 000 NV)	150,0	33,0	16,0	6,9 (2015)
Mortalidad neonatal (por 1 000 NV)	27,4	16,7	8,5	5,1 (2015)
Mortalidad materna (por 100 000 NV)	276,0	55,0	40,0	15,5 (2015)
Esperanza de vida al nacer (años)	39,0	67,9	72,9	79,9 (2015)
Gasto en salud per cápita PPC (USD)	ND	ND	601 (2000)	1 977 (2016)

ND, no disponible; PIB, producto interno bruto; USD, dólares estadounidenses; PPC, paridad poder de compra.

Fuente: Elaboración de la autora a partir de las referencias (3) y (11-18).

CUADRO 2. Algunos indicadores socioeconómicos y de saneamiento en países seleccionados de América Latina

País	PIB per cápita PPC (USD corriente, 2016)	Pobreza		Escolaridad		Disponibilidad de agua potable en vivienda, libre de contaminación (%), 2015
		%	Año	%	Año	
Argentina	19 934	NA		NA		99
Bolivia	7 236	32,7	2013	9,9	2013	92
Brasil	15 127	16,5	2014	8,9	2014	97
Chile ^a	23 960	11,7	2015	11,6	2013	99
Colombia	14 157	28,6	2014	9,2	2014	96
Ecuador	11 286	29,8	2014	9,5	2014	91
Paraguay	9 576	42,3	2014	9,4	2014	95
Perú	13 022	22,7	2014	9,8	2014	84
Uruguay	21,626	4,4	2014	10,3	2014	99
América Latina^b	13 197	31,8		9,2		88

PIB, producto interno bruto; USD; dólares estadounidenses; PPC, paridad poder de compra.

^a Chile utilizó la metodología de la Cepal para calcular pobreza hasta 2011. Luego, el Ministerio de Desarrollo Social de Chile realizó ajustes a la metodología y por ello difieren las cifras de pobreza a partir de 2013 entre Cepal (7,8%) y Mideplan (14,4% 2013, 11,7% 2015).

^b América Latina consta de 20 países: Colombia, Venezuela, Ecuador, Perú, Bolivia, Paraguay, Uruguay, Chile, Argentina, Brasil, Cuba, R. Dominicana, Haití, Guatemala, Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá, Belice. El promedio de América Latina incluye 19 países en PIB per cápita, 15 países en pobreza y años de estudio y los 20 países en agua potable.

Fuente: Elaboración de la autora a partir de las referencias (13), (14), (19-21).

descendido a 11,7%. La desnutrición infantil casi no existe y la mortalidad infantil se redujo a 6,9 por cada 1 000 NV. Asimismo, la mortalidad materna descendió a 13,5 por cada 100 000 NV y la mortalidad neonatal a 5,2 por cada 1 000 NV. Entretanto, la esperanza de vida al nacer se ha elevado a casi 80 años, mientras que prácticamente la totalidad de la población dispone de agua potable y alcantarillado (3, 11–18) (cuadro 1).

La posición sanitaria de Chile entre América Latina

Los cambios en las políticas sanitarias también llevaron a Chile a posicionarse

como uno de los países líderes en América Latina en materia de indicadores socioeconómicos y sanitarios, como se observa en el cuadro 2 (13, 14, 19–22) y en el cuadro 3 (17, 22–23). En particular, Chile goza del mayor ingreso per cápita ajustado a la capacidad de compra de la Región, suma que llega a los 23 960 dólares estadounidenses (USD) (13). Además, es el segundo país de América Latina con menor índice de pobreza (11,7%) (14).

Por su parte, los indicadores sanitarios reflejan una situación similar, donde solo cinco países tienen una mortalidad infantil de un dígito: Chile es el país con menor tasa (6,9 por cada 1 000 NV) (22). Lo mismo ocurre con la

desnutrición, prácticamente erradicada en Chile, y no así en el resto de América Latina (22). Por otra parte, las mejores condiciones de higiene, de acceso a salud y de vivienda, han llevado a que Chile sea uno de los países de América Latina con mayores expectativas de vida (22). Pese a los resultados sanitarios positivos, Chile no encabeza la lista de los países América Latina con mayor gasto en salud como porcentaje del producto interno bruto (PIB) (8,1%), aunque se encuentran por sobre la media de América Latina (7,0%) y ha mostrado un crecimiento acelerado en los últimos años (18, 23).

La posición sanitaria de Chile entre los países miembros de la OCDE

Chile ha alcanzado importantes logros sanitarios y ahora debe encaminarse hacia nuevos desafíos de modo de alcanzar estándares sanitarios similares a los países más avanzados. En el cuadro 4 (18) se presentan las brechas existentes entre Chile y el promedio de los países de la OCDE en algunos indicadores sanitarios relacionados con recursos para el cuidado y atenciones de la salud. De estos datos se desprende que Chile presenta tasas de mortalidad (estandarizadas por edad) algo menores al promedio de la OCDE (18) y tiene como principales causas de muertes del país las enfermedades al sistema circulatorio y tumores malignos. La esperanza de vida al nacer se ubica en 79,9 años, casi un año por debajo el promedio de 80,8 años de la OCDE (18). En relación con el envejecimiento, Chile es un país adulto en transición a la vejez, donde el 11% de la población es mayor a 65 años, por debajo el promedio de 17% de la OCDE (18), pero uno de los países más envejecidos de América del Sur junto con Uruguay (15%) y Argentina (11%) (24).

En cuanto a los recursos para el cuidado de la salud, en Chile el número de médicos y enfermeros por habitantes es bajo al compararse con el promedio OCDE. En concreto, en Chile existen 2,5 médicos cada mil habitantes, frente a un promedio de 3,4 de la OCDE (18). Esta diferencia es más pronunciada en el caso de los enfermeros, donde en Chile hay 2,7 cada mil habitantes mientras que en la OCDE en promedio hay 9 (18). En Chile, de los 41 623 médicos inscritos (49% generales y 51% especialistas), 52% ejercen en el sector privado (62% si se considera en

CUADRO 3. Algunos indicadores sanitarios y de gasto en salud en países seleccionados de América Latina

País	Esperanza de vida al nacer (años), 2017	Tasa de mortalidad infantil (por cada 1 000 NV)		Desnutrición en niños < 5 años		Gasto total en salud (% del PIB), 2015
		%	Año	%	Año	
Argentina	76,7	9,7	2015	2,3	2005	6,8
Bolivia	69,5	50,0	2008	3,4	2016	6,4
Brasil	75,7	15,1	2015	2,2	2007	8,9
Chile	79,9	6,9	2015	0,5	2014	8,5 ^a
Colombia	74,6	17,2	2014	3,4	2010	6,2
Ecuador	76,6	8,9	2015	5,1	2014	8,5
Paraguay	73,2	14,2	2015	1,3	2016	7,8
Perú	75,2	15,0	2015	3,1	2016	5,3
Uruguay	77,6	8,0	2016	4,0	2011	9,2
América Latina^b	74,8	17,3		4,3		7,0

NV, nacidos vivos; PIB, producto interno bruto.

^a Corresponde al año 2016.

^b América Latina es el promedio de los 20 países que conforman la Región.

Fuente: elaboración de la autora a partir de las referencias (17), (22) y (23).

CUADRO 4. Cuadro comparativo entre los indicadores sanitarios Chile y los de la OCDE

Indicador	Chile		OCDE		Posición entre países de la OCDE
	Valor	Año	Valor	Año	
Estado de salud					
Esperanza de vida al nacer (años)	79,9	2016	80,8	2016	27 de 36
Envejecimiento (% población > 65 años)	10,9	2017	17,3	2017	33 de 35
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1 000 NV)	6,9	2015	3,9	2016	3 de 36
Tasa de mortalidad ^a	787,0	2015	799,6	2015	14 de 36
Mortalidad por cáncer ^a	193,2	2015	204,2	2015	24 de 36
Mortalidad por ECV ^a	225,7	2015	286,4	2015	22 de 36
Recursos para el cuidado de la salud					
Número de médicos ^b	2,5	2016	3,4	2016	30 de 35
Número de enfermeros ^b	2,7	2016	9,0	2016	34 de 35
Camas de hospital ^b	2,1	2016	4,6	2016	34 de 35
Equipos de resonancias magnéticas ^c	12,3	2017	16,4	2016	20 de 34
Equipos de tomografía axial computarizada ^c	24,3	2017	26,6	2016	13 de 34
Atenciones de salud					
Consultas médicas (por persona)	3,5	2015	6,8	2016	33 de 35
Exámenes de resonancia magnética ^b	20,1	2015	62,8	2016	29 de 30
Exámenes TAC ^b	89,3	2015	141,7	2016	25 de 31

OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; NV, nacidos vivos; ECV, enfermedad cardiovascular; TAC, tomografía axial computarizada.

^a Según edad por cada 100 000 habitantes.

^b Por cada 1 000 habitantes.

^c Por cada un millón de habitantes.

Fuente: Elaboración de la autora a partir de la referencia (18).

términos de horas médicas) y el 48% restante en el sector público (10). Por otra parte, en Chile hay 2,1 camas de hospitales por cada 1 000 habitantes, mientras que el promedio de la OCDE es de 4,6 (18). En el año 2016, Chile contaba con 38 362 camas, de las cuales 68% pertenecían al sector público, 18% a clínicas privadas, 9% a institucionales (Fuerzas

Armada y otros) y 5% a otros (mutuales, geriátricos, psiquiátricos) (10). El número de equipos médicos, si bien se ha elevado, todavía se ubican muy por lejos el promedio de la OCDE. En efecto, en Chile existen 12 equipos de resonancia magnética y 24 equipos de tomografía axial computarizada (TAC) cada un millón de habitantes, mientras que el

promedio de la OCDE es de 16 y 26, respectivamente (18).

En relación con las atenciones de salud, en Chile el número de consultas médicas y exámenes por personas también es bajo al compararse con el promedio de la OCDE. En el caso de las consultas médicas, en Chile las personas consultan 3,5 veces al año un médico, mientras que el promedio de la OCDE es de 6,8 (18). Por su parte, en Chile se realizan 20 resonancias magnéticas y 89 TAC por cada 1 000 habitantes, mientras que en promedio en la OCDE se realizan 63 y 142, respectivamente (18). En el caso de las ISAPRES, los beneficiarios visitan en promedio 4,5 veces al año al médico (2, 25), mientras que las tasas de uso de resonancias magnéticas y TAC cada mil beneficiarios son de 95 y 148, respectivamente (26) y se ubican en los estándares de los países de la OCDE.

En el cuadro 5 (18, 27–29) se presenta una comparación, entre Chile y la OECD, respecto de los factores de riesgo y prevalencia de algunas enfermedades no transmisibles. En materia de riesgos para la salud, se observa que la tasa de fumadores de Chile (33%) duplica a la de la OCDE (18,5%), aunque en los últimos siete años, en Chile la tasa de fumadores descendió en casi 7 puntos, lo que puede deberse a las leyes antitabaco de 2006 y 2013 (27,18). No obstante, aún queda mucho por hacer, sobre todo en educación respecto a los problemas de salud que conlleva el tabaquismo y en elevar la intervención de los equipos de salud para que sus pacientes dejen de fumar. Asimismo, en Chile el consumo de alcohol sigue siendo bastante alto (11,7%), sobre todo en adolescentes y jóvenes (27).

En tanto, las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la mala alimentación y al sedentarismo, como la hipertensión, la obesidad o la diabetes, presentan tasas de prevalencia mayores al promedio de la OCDE. Son enfermedades cada vez más frecuentes, que representan un riesgo importante para la salud de la población. Este es el punto sobre el que la autoridad sanitaria deberá avanzar pues, de lo contrario, estas enfermedades se convertirán en una carga social y económica insostenible para el país. En particular, preocupa que los niveles de obesidad (31%, 74% si incluimos sobrepeso y obesidad mórbida) y la prevalencia de la diabetes (12,3%) siguen en aumento,

CUADRO 5. Factores de riesgo para la salud y prevalencia de algunas enfermedades crónicas no transmisibles

	Chile		Promedio OCDE
	ENS 2009-2010 (%)	ENS 2016-2017 (%)	2016 (%)
Población fumadora (diario/ocasional, %)	39,8	33,3	18,5
Exposición pasiva tabaco en hogar	31,0	15,2	ND
Exposición pasiva tabaco en lugar estudio/trabajo	24,8	20,3	ND
Consumo riesgoso de alcohol	12,7	11,7	8,8
Sedentarismo ^a	88,6	86,7	ND
Sobrepeso (IMC 25-29,9)	39,3	39,8	ND
Obesidad (IMC 30-39,9)	22,9	31,2	23,5
Mórbida (IMC ≥ 40)	2,2	3,2	ND
Total IMC > 25	64,4	74,2	ND
Sospecha de hipertensión arterial ^b	26,5	27,6	22,6
Sospecha de diabetes mellitus ^c	9,0	12,3	7,0

OCDE; Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos; ENS, Encuesta Nacional de Salud; IMC, índice de masa corporal; ND, no disponible.

^a Sedentarismo: último mes no practicaron deporte, al menos 30 minutos por vez, 3 o más veces semana.

^b Personas con autorreporte y/o tratamiento de hipertensión arterial o presión > 140/90.

^c Medición de glucemia en ayuno con resultados ≥ 126 mg/dL.

Fuente: Elaboración de la autora a partir de las referencias (18) y (27-29).

sobre todo en los niños (27). En tanto, la sospecha de hipertensión alcanza casi 28% (27).

En relación con el cáncer, la inclusión de 14 cánceres en el régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) en Chile ha permitido un acceso más oportuno a tratamiento de pacientes de menores ingresos. Sin embargo, aún falta mucho en prevención y en incrementar el acceso oportuno y de calidad en el sector público de salud, pues hace falta una gran inversión en equipos médicos y personal especializado, como oncólogos y radioterapeutas. Chile cuenta con ocho de estos especialistas cada un millón de habitantes (en Argentina hay 32 y en Brasil, 26). En total, hay 148 de estos especialistas (en Argentina hay 1 400 y en Brasil, 5 500), de los cuales 72 trabajan exclusivamente en el sector privado y 76 en los servicios de salud públicos. Un problema grave es que Chile no cuenta con buenos registros estadísticos respecto a las personas afectadas por cáncer, lo que dificulta construir programas de sanidad pública y distribuir recursos. Por este motivo, es urgente la construcción de un registro nacional del cáncer (identificar pacientes por tipo de cáncer, sexo, edad y localidad geográfica), para así crear un programa nacional eficaz contra el cáncer, en el cual se promocio- ne la detección temprana de esta enfermedad (sobre todo en la atención primaria) y se invierta en equipos y

personal especializado en forma costo- eficiente (30).

CONCLUSIONES

Chile, con un modelo mixto de salud, ha alcanzado importantes avances en aspectos sanitarios básicos (acceso agua potable, alcantarillados) y priorización de la atención primaria de salud. Esto ha permitido controlar enfermedades transmisibles (como sarampión, tuberculosis, difteria) y mejorar la salud y calidad de vida de las personas. Por otra parte, ha posicionado los índices sanitarios del país dentro de los mejores de América Latina.

Sin embargo, Chile parece haberse detenido, por lo que el desafío es plantearse cuáles serán las nuevas metas sanitarias, ya no como un país de ingresos bajos, sino como un país de ingresos medios-altos, cuyos problemas de salud son otros.

En concreto, Chile debe avanzar en perfeccionar la atención y cuidado de la salud de las personas, con políticas sanitarias enfocadas en enfermedades no transmisibles -afecciones cardiovasculares y el cáncer- y enfocadas en la prevención y promoción de la salud. En Chile existe un bajo control de los factores de riesgo para la salud, como el sedentarismo, la obesidad, la dieta, el tabaco y el consumo excesivo de alcohol, lo que contribuye al incremento de

enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión y la diabetes. Chile ha sido poco efectivo no solo en reducir los factores de riesgos para la salud, sino también en el control sobre la salud de las personas para detectar a tiempo enfermedades, detener su avance y atenuar sus consecuencias. La detección temprana permite salvar vidas y ahorrar muchos recursos que pueden ser utilizados de manera más eficiente, con un retorno social mayor, como la prevención (tamizajes, vacunación, etc.).

Para lograr estas metas, se debe liberar al Ministerio de Salud de labores administrativas y permitirle ejercer de mejor manera su rol de diseñador de políticas públicas. El Ministerio de Salud es quien debe fijar las metas en materia de salud pública y realizar un efectivo control y fiscalización de su cumplimiento. Debe velar que, tanto en FONASA como en ISAPRES, en los prestadores públicos y privados, se promocio- nen comportamientos saludables y se prevengan las complicaciones de enfermedades crónicas.

Para avanzar en la prevención y promoción de la salud, es fundamental la colaboración de todos los actores interesados en la salud, desde el Gobierno a la ciudadanía, además de todos los actores públicos y privados relacionados con la salud y la vida sana. Esto debe lograrse sin perder la complementariedad entre los sectores público y privado alcanzada hasta ahora, pues solo así se podrá mejorar el acceso oportuno a la salud para todos los chilenos y acercarnos a una verdadera cobertura universal de salud.

Para lograr lo anterior, Chile debe avanzar hacia la atención médica integral de las personas, lo que se debiese traducir en un plan de salud universal al cual debiesen tener acceso todos los chilenos. Se debe tener en cuenta que solo un adecuado mecanismo de financiamiento, además de la cotización incluya subsidios y un fondo de compensación de riesgos, permitirá una real integración entre sistemas y dejará a las personas ejercer su derecho de optar entre sistemas. Sin embargo, ambos sistemas deben antes modernizar su gestión y buscar estrategias que agreguen valor al gasto médico. En particular, el sector público debe modernizar su gestión, mejorar sus garantías de cobertura y aumentar la calidad de los servicios. Para ello, debe

se deben realizar cambios en la institucionalidad de la red pública de atención, articular las redes con mecanismos de interoperabilidad clínica entre la atención primaria, secundaria y terciaria, modernizar los gobiernos corporativos de los hospitales públicos mediante sistemas que midan gestión y obliguen a rendir cuentas, y otorgar una mayor autonomía a los servicios públicos de salud. Por su parte, las ISAPRES deben trabajar en conjunto con los prestadores y avanzar hacia mecanismos de pago, donde el riesgo financiero sea compartido entre ambos, de modo que tanto aseguradoras como prestadores tengan incentivos para contener costos. Por otra parte,

FONASA, debe operar como un verdadero seguro público y la Superintendencia de Salud debiese tener una mayor autonomía e independencia del gobierno de turno.

Este modelo, que se traduciría en una fuerte colaboración pública-privada y ayudaría a descomprimir al estresado sector público de salud, que hoy está capturado por temas administrativos y ha minimizado su función de hacedor de políticas de sanidad pública y de regulador. De esta manera, el Estado podría destinar sus esfuerzos a las labores de prevención primaria, tan necesarias en nuestro país, a atender a la población más vulnerable y cautelar el derecho al

acceso a la salud de todos los chilenos, cualquiera sea el tipo de seguro que tengan.

Agradecimientos. La autora agradece a Ricardo Bitrán, Pablo Correa y Gonzalo Simón por sus aportes y comentarios al manuscrito.

Conflicto de intereses. Ninguno declarado por la autora.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

1. Fondo Nacional de Salud (FONASA), Gobierno de Chile. Boletín estadístico Fonasa 2016–2017, cuadro C02. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos/> Acceso el 24 de julio de 2018.
2. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Series estadísticas del sistema ISAPRES 1990–2016, cartera de beneficiarios. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3757.html/> Acceso el 24 de julio de 2018.
3. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Estadísticas demográficas y vitales. Proyecciones de población 2002–2020 (actualizado 2014). Disponible en: <http://nuevoportal.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales/> Acceso el 24 de julio de 2018.
4. Fondo Nacional de Salud (FONASA), Gobierno de Chile. Boletín estadístico Fonasa 2014–2015, cuadro B04b y B06b. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos/> Acceso el 24 de julio de 2018.
5. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Estadísticas financieras de las ISAPRES a diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3741.html/> Acceso el 24 de julio de 2018.
6. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial. Informe de estado de situación de Lista de espera NO GES, Garantías de oportunidades GES retrasadas a enero 2018. Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/glosa-06-Enero-2018-para-publicacion.pdf/> Acceso el 24 de julio de 2018.
7. Cadem, Chile. Plaza Pública Cadem, Track Semanal de Opinión Pública, estudio N° 96. 16 de noviembre de 2015. Disponible en: <https://plazapublica.cl/wp-content/uploads/archivos/1939.pdf/> Acceso el 24 de julio de 2018.
8. Cadem, Chile. Encuesta de Percepción Sistema Isapre, 2017. Disponible en: <https://www.cadem.cl/encuestas/percepciones-sobre-sistema-de-isapres/> Acceso el 24 de julio de 2018.
9. Fondo Nacional de Salud (FONASA), Gobierno de Chile. Boletín estadístico Fonasa 2014–2015, cuadro B03b. Disponible en: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/institucional/archivos/> Acceso el 24 de julio de 2018.
10. Clínicas de Chile A.G. Dimensionamiento del sector de salud privado en Chile, 2016. Disponible en: http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2016/03/Dimensionamiento-2016_2-.pdf/ Acceso el 24 de julio de 2018.
11. Monckeberg F. Desnutrición infantil y daño del capital humano. *Rev Chil Nutr.* 2014;41(2). Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v41n2/art08.pdf/> Acceso el 24 de julio de 2018.
12. Goic A. El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile.* 2015;143:774–86. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134417/El-Sistema-de-Salud-de-Chile.pdf?sequence=1&isAllowed=y/> Acceso el 24 de julio de 2018.
13. The World Bank. PIB per cápita PPC (current USD). Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=CL/> Acceso el 24 de julio de 2018.
14. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. Estadísticas pobreza CASEN. Disponible en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen/casen-documentos.php?c=84/> Acceso el 24 de julio de 2018.
15. Superintendencia de Servicios Sanitarios, Gobierno de Chile. Cobertura nacional de agua potable y alcantarillados urbanos. Disponible en: <http://www.siss.gob.cl/577/w3-article-3683.html/> Acceso el 24 de julio de 2018.
16. Boj T, Fernández P, Folch J, Fuccaro D, García G, Jiménez M, et al. La desnutrición infantil en Chile: políticas y programas que explican su erradicación. Documento elaborado para la Conferencia Técnica Regional “Hacia la Erradicación de la Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe”, 5 y 6 de mayo de 2008, Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/LOW/LOW-2.pdf/> Acceso el 24 de julio de 2018.
17. World Health Organization (WHO). Health Observatory Data Repository. Desnutrición infantil aguda. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg.2-2-data?lang=en/> Acceso el 24 de julio de 2018.
18. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Health Statistics 2018. Disponible en https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT/ Acceso el 24 de julio de 2018.
19. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Pobreza. Cepalstat, bases de datos y publicaciones estadísticas, perfil nacional socioeconómico. Disponible en: <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=182&idioma=e/> Acceso el 24 de julio de 2018.
20. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Promedio años de estudio población económicamente activa. Disponible en: <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=1221&idioma=e/> Acceso el 24 de julio de 2018.
21. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Organización Mundial de la Salud (OMS). Progresos en materia de agua potable, saneamiento e higiene: informe de actualización de 2017 y línea de base de los ODS. Disponible en: <http://www.unwater.org/publications/whounicef-joint-monitoring-program-water-supply-sanitation-hygiene-jmp-2017-update-sdg-baselines/> Acceso el 24 de julio de 2018.
22. Pan American Health Organization (PAHO)/World Health Organization (WHO) Data. PLISA, Plataforma de Información en Salud de las Américas.

- Indicadores Básicos de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:indicadoresvz&Itemid=347/ Acceso el 24 de julio de 2018.
23. World Health Organization (WHO): Global Health Expenditure Data Base. Disponible en: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en/> Acceso el 24 de julio de 2018.
24. World Health Organization (WHO). Health Observatory Data Repository. Población mayor a 65 años. Disponible en: http://www.paho.org/data/index.php/es/?option=com_content&view=article&id=515:-indicadoresvz&Itemid=0/ Acceso el 24 de julio de 2018.
25. Superintendencia Salud. Gobierno de Chile. Estadísticas de prestaciones 2016. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-16023.html/> Acceso el 24 de julio de 2018.
26. Asociación de Isapres de Chile. Estimación de exámenes de resonancias magnéticas y TAC cada mil habitantes en base a datos proporcionados por las Isapres para el año 2016.
27. Subsecretaría de Salud Pública de Chile, Departamento de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud 2016–2017. Primeros Resultados. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf Acceso el 24 de julio de 2018.
28. World Health Organization (WHO). Health Observatory Data Repository. Raised Blood Pressure. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.NCDBPCWBv> Acceso el 24 de julio de 2018.
29. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Health at a glance 2017. Disponible en http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en/ Acceso el 24 de julio de 2018.
30. Asociación de Isapres de Chile A.G. Atención y tratamiento del cáncer en Chile. Diciembre de 2017. Disponible en: <http://isapre.cl/PDF/Informe%20Cancer2017.pdf> Acceso el 24 de julio de 2018.

Manuscrito recibido el 14 de diciembre de 2017. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 2 de agosto de 2018.

ABSTRACT

Chile: New health and institutional challenges in a country in transition

Public health policies have been a priority issue in Chile since 1950. Major progress has been made in basic aspects of public health, such as drinking water coverage and the prioritization of primary health care, leading to communicable disease control, the reduction of maternal and child mortality, and the elimination of malnutrition. Through a mixed health care model, Chile has met the commitment in the Declaration of Alma-Ata to the attainment of an “acceptable level of health for all the people,” achieving the best health and socioeconomic indicators in Latin America.

However, attaining an acceptable level of health in the population is an open-ended goal, and progress in this direction appears to have stalled in Chile. The challenge is therefore to define the new health goals for the country, which is no longer a low-income country but an upper middle-income country with a different profile of health problems. Specifically, Chile must continue to improve health care for its population through health policies focused on non-communicable diseases (such as cardiovascular disease and cancer), health promotion, and disease prevention. To accomplish this, the Ministry of Health must modernize its management and resume its role as the overseer of health objectives, a role that has been eclipsed by its administrative responsibilities. It must do so without losing the complementarity achieved between the public and private sector in order to minimize the current limitations of the public system.

Keywords

Health care; noncommunicable diseases; risk factors; health status indicators; social indicators; public health; Chile.

RESUMO

Chile: novos desafios institucionais e em saúde em um país em transição

A partir dos anos 1950, as políticas públicas de saúde passaram a ser uma questão prioritária no Chile. Um grande progresso foi alcançado nos aspectos básicos da saúde, como o abastecimento de água potável, e na priorização da atenção primária à saúde, que permitiu controlar doenças transmissíveis, reduzir a mortalidade materno-infantil e eliminar a desnutrição. Com um modelo misto de saúde, o Chile cumpriu a missão da Declaração Alma-Ata de “atingir o mais alto grau de saúde dos povos” e obteve os melhores índices socioeconômicos e de saúde da América Latina.

Proporcionar um nível melhor de saúde à população é uma meta permanente e parece que o Chile ficou estagnado. O desafio neste contexto é estabelecer novas metas em saúde, não como uma nação de baixa renda, mas como um país de renda média a alta com outros problemas de saúde. O Chile precisa progredir para atingir um nível superior de atenção e assistência de saúde às pessoas com políticas de saúde dirigidas a doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares e o câncer, com ênfase na prevenção e promoção da saúde. O Ministério da Saúde do Chile precisa de uma gestão mais moderna e retomar o papel de gestor das metas de saúde, que se perdeu em meio ao trabalho administrativo, preservando a complementariedade entre os setores público e privado a fim de diminuir as limitações atuais do sistema público.

Palavras-chave

Atenção à saúde; doenças não transmissíveis; fatores de risco; indicadores básicos de saúde; indicadores sociais; saúde pública; Chile.
