

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS**  
**ESCUELA DE INGENIERÍA COMERCIAL**



**“El Sistema de Salud Público en Chile frente a las Recomendaciones  
de la OCDE, período 2000-2014”**

**MEMORIA PARA OPTAR**

**AL GRADO DE LICENCIADO EN CIENCIAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE  
EMPRESAS Y AL TÍTULO DE INGENIERO COMERCIAL.**

**Profesora Guía: Sra. Luz Arévalo González**

**Herminia Cortés Araneda**

**VIÑA DEL MAR, 2018**

## DEDICATORIA

La presente tesis la dedico a mi familia, especialmente a mi esposo Álvaro Olivares y a mi prima Zunilda Alvares, por su apoyo incondicional y comprensión, durante el período académico de mi vida, incentivándome a seguir adelante por este camino, que resultó muchas veces difícil.

A mis hijos Jonathan y Katherine Olivares, quienes con su cariño y palabras de aliento me impulsaron y dieron fuerzas para alcanzar mis metas.

A mis profesores que me entregaron su ayuda y conocimientos académicos.

A mis seres queridos que no se encuentran conmigo y que me enseñaron que las metas se logran con perseverancia, sus recuerdos influyeron positivamente en la finalización de esta etapa.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco muy sinceramente a mi familia, por su apoyo, ayuda y comprensión brindada durante el tiempo ausente y dedicado a la realización de mis actividades académicas, y que hicieron posible el cumplimiento de mi anhelo.

A mi Profesora Guía señora Luz Arévalo González, por su disposición, cooperación y orientación en este Seminario.

A todas aquellas personas que colaboraron con su experiencia y conocimiento en la realización de esta investigación.

Finalmente a Dios gracias, por permitirme cumplir un proyecto personal y aportar modestamente con esta investigación a mi Universidad.

## ÍNDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	4
<b>1.1 Institucionalidad del Sistema de Salud en Chile.....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Rol Normativo.....	4
1.1.1.1 Ministerio de Salud.....	4
1.1.1.2 Subsecretaría de Redes Asistenciales.....	4
1.1.1.3 Subsecretaría de Salud Pública.....	5
1.1.2 Rol Fiscalizador.....	5
1.1.2.1 Instituto de Salud Pública.....	5
1.1.2.2 Superintendencia de Salud.....	5
1.1.2.3 Secretaría Regional Ministerial.....	5
1.1.3 Rol de Ejecución y Provisión.....	6
1.1.3.1 Fondo Nacional de Salud.....	6
1.1.3.1.1 Red de Servicios de Salud.....	6
1.1.3.1.2 Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio.....	7
1.1.3.1.3 Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.....	7
1.1.3.1.4 Servicio de Salud Aconcagua.....	7

1.1.3.1.5 Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.....	8
1.1.3.2 Instituciones de Salud Previsional.....	8
1.1.3.3 Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden.....	9
<b>1.2 Afiliados al Fondo Nacional de Salud.....</b>	<b>9</b>
1.2.1 Trabajadores dependientes.....	9
1.2.2 Trabajadores independientes.....	10
1.2.3 Pensionados.....	10
1.2.4 Cargas familiares.....	10
<b>1.3 Modalidad de Atención Fondo Nacional de Salud.....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Modalidad de Atención Institucional.....	10
1.3.2 Modalidad Libre Elección.....	11
<b>1.4 Clasificación de Tramos.....</b>	<b>11</b>
1.4.1 Grupo A.....	11
1.4.2 Grupo B.....	11
1.4.3 Grupo C.....	12
1.4.4 Grupo D.....	12
<b>1.5 Organismo encargado de licencias médicas.....</b>	<b>12</b>
1.5.1 Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez.....	12
<b>1.6 Beneficios para los usuarios del sector público y privado.....</b>	<b>13</b>
1.6.1 GES o Ex-AUGE.....	13

<b>1.7 Organización de los establecimientos de salud en Chile.....</b>	<b>13</b>
1.7.1 Nivel Atención Primaria.....	13
1.7.1.1 Postas y Estaciones Médicas.....	14
1.7.1.1.1 Estación Médico Rural.....	14
1.7.1.1.2 Postas de Salud Rural.....	14
1.7.1.2 Servicios de Urgencia.....	14
1.7.1.2.1 Servicio de Atención Primaria de Urgencia .....	14
1.7.1.3 Centros de Salud y otros.....	15
1.7.1.3.1 Centros Comunitario de Salud Mental Familiar.....	15
1.7.1.3.2 Centros de Salud Familiar.....	15
1.7.1.3.3 Centros Comunitarios de Salud Familiar .....	16
1.7.1.3.4 Centros de Salud Urbano .....	16
1.7.1.3.5 Centros de Salud Rural.....	16
1.7.1.4 Consultorios Generales.....	17
1.7.1.4.1 Consultorio General Urbano.....	17
1.7.1.4.2 Consultorio General Rural.....	17
1.7.1.4.3 Centros Comunitarios de Rehabilitación.....	18
1.7.2 Nivel Atención Secundaria.....	18
1.7.2.1 Centros Diagnósticos Terapéuticos.....	19
1.7.2.2 Centros de Referencia de Salud.....	19
1.7.2.3 Consultorios Adosados de Especialidades.....	19

1.7.3 Nivel Atención Terciaria.....	20
1.7.3.1 Hospitales.....	20
1.7.3.1.1 Hospitales Tipo 1 y 2.....	20
1.7.3.1.2 Hospitales Tipo 3 y 4.....	21

CAPÍTULO II: EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE, PERÍODO 2000-2014.....	22
---	----

<b>2.1 Reestructuración y reformas del sistema de salud en Chile (1979-2011).....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).....</b>	<b>29</b>
<b>2.3 El financiamiento del sistema de salud chileno.....</b>	<b>30</b>
2.3.2 Aseguramiento en el sistema de salud.....	32
2.3.3 Mecanismos de financiamiento del sistema de salud.....	36

CAPÍTULO III: RECOMENDACIÓN DE LA OCDE FRENTE AL SISTEMA DE SALUD EN CHILE, PERÍODO 2000-2014.....	40
---	----

<b>3.1 Evolución del Gasto Total en salud.....</b>	<b>41</b>
3.1.1 El Gasto Total PIB.....	44
3.1.2 Distribución del porcentaje del gasto en salud.....	46

<b>3.2 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)..</b>	<b>47</b>
3.2.1 El Gasto Total PIB de Chile y los países de la OCDE.....	49
3.2.2 El Gasto Total Per Cápita de Chile y los países de la OCDE.....	52
<b>3.3 La salud de Chile en comparación con los países de la OCDE.....</b>	<b>55</b>
3.3.1 Recursos humanos en la salud de Chile.....	57
<b>3.4 Políticas públicas ejecutadas para mejorar la salud en Chile.....</b>	<b>61</b>
<b>3.5 Propuestas para mejorar el sistema de salud chileno.....</b>	<b>65</b>
CONCLUSIONES.....	68
ANEXOS.....	71
REFERENCIAS.....	78
REFERENCIAS SITIO WEB.....	78

## RESUMEN

En este trabajo se describe el sistema de salud de Chile, su estructura, financiamiento y el gasto total en salud, tanto a nivel nacional como internacional, específicamente con los países integrantes de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), desde el año 2000 al 2014.

El sistema de salud en Chile está compuesto por un sistema mixto, es decir, público y privado. El sistema público incluye a todas los usuarios de clase media y baja de nuestro país abarcando el 75,2% de la población, en cambio el sistema privado cubre solo el 18,5% de grupos sociales de mayores ingresos y un 6,3% de la población pertenece a otras Instituciones de salud como las Fuerzas Armadas y de Orden y personas particulares, que son aquellas que no pertenecen a ningún sistema de salud.

La salud en Chile ha evolucionado, surgiendo muchas reformas desde 1979, pero sin duda dentro de las reformas más importantes del país, fue la creación del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), en la actualidad Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), que comenzó a regir en el año 2005 y que garantiza el acceso oportuno y de calidad a servicios de salud para el tratamiento de 80 patologías, tanto para los usuarios de FONASA como de las ISAPRES.

Además se investiga el gasto total en salud de los aseguradores del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), donde se analizan sus componentes, como el gasto público y privado,

las cotizaciones obligatorias, cotizaciones voluntarias privadas, aporte fiscal y el gasto de bolsillo, así como también el gasto total en proporción al Producto Interno Bruto (PIB) y el gasto per cápita en salud.

Chile desde mayo de 2010 es integrante de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la cual nos asesora, proporciona apoyo en investigación y desarrollo, para mejorar la salud pública, con el fin de establecer las brechas que existen con respecto a otras economías, donde el sistema de salud chileno es comparado con los 34 países miembros de la OCDE. Finalmente se describen las políticas públicas ejecutadas por el gobierno en este período y las propuestas para mejorar la salud del país.

## **ABSTRACT**

This paper describes the health system of Chile, its structure, financing and total health expenditure, both nationally and internationally, specifically with the member countries of the OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) year 2000 to 2014.

The health system in Chile is composed of a mixed system, that is, public and private. The public system includes all the users of middle and lower class in our country, covering 75,2% of the population, while the private system covers only 18,5% of higher income social groups and 6,3% of the population belongs to other health institutions such as the Armed Forces and Order and private persons, those who do not belong to any health system.

Health in Chile has evolved, with many reforms since 1979, but undoubtedly among the most important reforms in the country, was the creation of the Universal Access Plan for Explicit Guarantees (AUGE), currently the Regime of Explicit Health Guarantees (GES), which came into force in 2005 and which guarantees timely and quality access to health services for the treatment of 80 pathologies, both for FONASA and ISAPRES users.

In addition, the total health expenditure of the insurers of the National Health Fund (FONASA) and the Health Insurance Institutions (ISAPRES) is investigated, where its components are analyzed, such as public and private expenditure, compulsory contributions, private voluntary contributions, fiscal contribution and out-of-pocket

expenses, as well as total expenditure in proportion to the Gross Domestic Product (GDP) and per capita expenditure on health.

Chile since may 2010 is a member of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), which advises us, provides support in research and development, to improve public health, in order to establish the gaps that exist with respect to other economies, where the Chilean health system is compared with the 34 member countries of the OECD. Finally, the public policies implemented by the Government in this period and the proposals to improve the health of the country are described.

## INTRODUCCIÓN

En Chile los organismos involucrados en normar y ejecutar las políticas de salud, ejerciendo un rol de rectoría son el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, como la Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública.

Los encargados de regular y fiscalizar que se cumplan estas normas emitidas por el Ministerio de Salud son el Instituto de Salud Pública, Superintendencia de Salud y la Secretaría Regional Ministerial y finalmente los que deben ejecutar y proveer las atenciones de salud, son el Fondo Nacional de Salud, las Instituciones de Salud Previsional, el Sistema de Salud de la Fuerzas Armadas y de Orden, la Red de prestadores públicos y privados de salud y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. En el país existen 29 Servicios de Salud encargados de prevenir, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de los chilenos. La Región de Valparaíso cuenta con el Servicio de Salud: Valparaíso – San Antonio, Viña del Mar – Quillota y Aconcagua.

La salud en Chile está conformada en el sector público, por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y en el sector privado, por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), si bien la protección de la salud es un derecho que está establecido en la Constitución, Capítulo III, artículo 19, lamentablemente no se ha cumplido a cabalidad, debido al importante déficit de médicos especialistas que existe en el sistema de salud público, afectando a la población más vulnerable, provocando como consecuencia una crisis en salud.

En el sistema de salud público se encuentran afiliados la gran mayoría de los trabajadores, el 75,2% quienes aportan el 7% de sus ingresos imponibles para este efecto, donde el beneficiario accede a la atención primaria otorgada por el Consultorio o Servicio de Urgencia, en caso de presentar un problema de salud más complejo, este es derivado a la atención secundaria de especialidad básica y a la atención terciaria en caso que requiera de hospitalización.

Actualmente un millón y medio de personas son las que se encuentran a la espera de una consulta médica y 300 mil las que aguardan una cirugía. Las listas de espera en el sistema de salud público son el rostro más visible de una prolongada crisis que ningún gobierno ha podido resolver. Al crítico cuadro, en los últimos años se suma una nueva complicación: la creciente falta de especialistas (CIPER, 2015), situación que es más compleja en zonas extremas.

Según las recomendaciones de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, el estudio señala que la formación de recurso humano en salud está por debajo de los estándares de la OCDE, en Chile en el año 2014 fue de 2,1 médicos por 1.000 habitantes, promedio bajo con respecto a los otros países de la OCDE.

**Objetivo general:**

- Analizar las desigualdades de la salud en Chile con los países de la OCDE.

**Objetivos específicos de la investigación:**

- Identificar las principales recomendaciones de la OCDE en salud.
- Determinar las acciones de mejoramiento en salud de Chile.
- Proponer alternativas de solución para mejorar el sistema de salud chileno.

**Descripción de la metodología de la investigación:**

Según el planteamiento del problema, esta investigación es de tipo analítica descriptiva, enfocada en conocer las características y evaluar la situación en que se encuentra la salud pública en Chile. Utilizando instrumentos de investigación, análisis de estudios relacionados y revisión bibliográfica en el tema de metodología de la investigación.

**Formulación de preguntas:**

- ¿Por qué en Chile existe inequidad en salud?.
- ¿Cuáles son las principales enfermedades que afectan al sistema de salud en Chile?.
- ¿Cuáles son las Políticas Públicas para mejorar la salud en el país?.

## **CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO**

A continuación se definirán conceptos para la comprensión de la investigación a realizar.

### **1.1 Institucionalidad del sistema de salud en Chile**

#### **1.1.1 Rol Normativo**

##### **1.1.1.1 Ministerio de Salud (MINSAL)**

Su principal función es de rectoría y velar por la salud de todos los chilenos a través de políticas de salud, dictando normas generales para prevenir enfermedades y otorgar tratamientos médicos, contribuyendo a una mejor calidad de vida a sus pacientes. En general formula, evalúa y actualiza el Plan Nacional de Salud.

Este Ministerio trabaja en conjunto con otros organismos bajo su dependencia, como son la Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública.

##### **1.1.1.2 Subsecretaría de Redes Asistenciales**

Su función es la regulación y supervisión de los organismos ejecutores de la red asistencial en salud, para el cumplimiento de las prestaciones médicas y satisfacer las necesidades de los usuarios del sistema.

### **1.1.1.3 Subsecretaría de Salud Pública**

Su función es asegurar a todas las personas el derecho a la protección en salud ejerciendo las funciones reguladoras, normativas y fiscalizadoras que al Estado de Chile le competen, para contribuir a la calidad de los bienes públicos y acceso a políticas sanitario-ambientales de manera participativa, que permitan el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables (Ministerio de Salud, s.f).

### **1.1.2 Rol Fiscalizador**

#### **1.1.2.1 Instituto de Salud Pública (ISP)**

Laboratorio nacional, con autonomía de gestión que tiene la facultad de fiscalizar, y controlar la calidad de los medicamentos y estupefacientes, como también autorizar e inspeccionar los laboratorios de producción químico- farmacéutica, aportando en el progreso para el mejoramiento de la salud de los chilenos.

#### **1.1.2.2 Superintendencia de Salud (SIS)**

Organismo autónomo que cumple la función de fiscalizar a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y al Fondo Nacional de Salud (FONASA), para el cumplimiento de sus obligaciones de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 18.933.

#### **1.1.2.3 Secretaría Regional Ministerial (SEREMI)**

Fiscaliza, administra y controla a los servicios de salud a nivel regional, para que cumplan con las políticas de salud. En el país existen 15 SEREMI, una en cada región del país.

### **1.1.3 Rol de Ejecución y Provisión**

#### **1.1.3.1 Fondo Nacional de Salud**

El Fondo Nacional de Salud (FONASA), fue creado en 1979 por el Decreto Ley N° 2763, dependiente del Ministerio de Salud, este organismo público administra los fondos del Estado (Chile Atiende, s.f), con el fin de financiar las prestaciones de salud de sus beneficiarios.

Los afiliados a este sistema público de salud son trabajadores que pueden ser dependientes, independientes o pensionados, quienes aportan mensualmente obligatoriamente el 7% de los ingresos imponibles y pensiones.

##### **1.1.3.1.1 Red Servicios de Salud**

La Red de Servicios de Salud, les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

En lo que se refiere a su funcionamiento, se someterán a la supervigilancia del Ministerio de Salud y deberán cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe (Ministerio de Salud, Servicios de Salud, s.f).

Está conformado por 29 Servicios de Salud Regionales, dotados de autonomía administrativa y de una red asistencial de hospitales de distinta complejidad y consultorios adosados a hospitales administrados por los municipios.

#### **1.1.3.1.2 Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (SSVSA)**

Es responsable de administrar las operaciones de todas las instalaciones de salud en la región costera entre Valparaíso y Santo Domingo. En total supervisa cuatro hospitales generales: Hospital Carlos Van Burén, Hospital Eduardo Pereira, Hospital del Salvador y Hospital San José (BN Americas, s.f).

#### **1.1.3.1.3 Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ)**

El Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota (SSVQ) es uno de los tres servicios de salud ubicados en la región de Valparaíso. Comenzó a funcionar el 1 de agosto de 1980 con la entrada en vigencia de la ley que creó los Servicios de Salud.

Los establecimientos hospitalarios correspondientes al SSVQ está formada por: Hospital Gustavo Fricke Viña del Mar, Hospital San Martín de Quillota, Hospital de Quilpué, Hospital Juana Ross de Peñablanca, Hospital Adriana Cousiño de Quintero, Hospital Santo Tomas de Limache, Hospital San Agustín de la Ligua, Hospital Dr. Mario Sánchez de la Calera, Hospital Dr. Víctor Moll de Cabildo, Hospital de Petorca y Hospital Geriátrico Paz de la Tarde (Wikipedia, 2015).

#### **1.1.3.1.4 Servicio de Salud Aconcagua (SSACONCAGUA)**

Este servicio se ubica territorialmente en el sector Cordillera de la V Región cubriendo las necesidades de salud de las dos provincias del Valle de Aconcagua, San Felipe y Los Andes, quedando dentro de su jurisdicción las cuatro comunas pertenecientes a la Provincia de Los Andes: Calle Larga, Rinconada, San Esteban y Los Andes y las seis comunas que conforman la Provincia de San Felipe:

Catemu, Llay Llay, Panquehue, Putaendo, Santa María y San Felipe. Establecimientos correspondientes: Hospital San Camilo, San Felipe, Hospital San Juan de Dios, Los Andes, Hospital Dr. Philippe Pinel, Putaendo, Hospital San Francisco, Llay Llay, Hospital San Antonio, Consultorio San Felipe y Centro Salud Familiar Cordillera Andina, Los Andes (Ministerio de Salud, Servicio de Salud Aconcagua, s.f).

#### **1.1.3.1.5 Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST)**

Encargado de las adquisiciones de fármacos, insumos clínicos y su distribución en la red asistencial del sistema de salud público del país.

#### **1.1.3.2 Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)**

Son las entidades privadas encargadas de financiar las atenciones y beneficios de salud, así como las actividades afines o complementarias a ese fin, a las personas afiliadas y sus cargas, que cotizan el valor del plan pactado. Existen actualmente 13 ISAPRES en el país (7 abiertas y 6 cerradas) (Superintendencia de Salud, s.f). La abierta es aquella que permite el ingreso de toda la población con capacidad de pago y la cerrada solo a un grupo de trabajadores pertenecientes a una determinada empresa.

Estas fueron creadas en el año 1981, bajo el D.F.L. N° 3, pero su funcionamiento comenzó en el año 1983 y son supervisadas por la Superintendencia de Salud.

### **1.1.3.3 Sistema de Salud de las Fuerzas Armada y de Orden**

El Sistema de Salud de las Fuerzas Armada y de Orden cuenta con hospitales institucionales y centros odontológicos que entregan atención médica a los funcionarios de la Armada, Ejército, Fuerza Aérea, Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones, con el objetivo de brindar asistencia médica en el nivel primario, secundario y terciario.

## **1.2 Afiliados al Fondo Nacional de Salud**

Corresponde al procedimiento, mediante el cual los trabajadores dependientes e independientes y las personas jubiladas pasan a formar parte del sistema público de salud. Con esto, tanto ellos como sus cargas legales (cónyuge, hijos o quien cumpla los requisitos) tienen derecho a acceder a prestaciones médicas en la red pública y privada de salud en la modalidad de libre elección.

Las personas que se afilian a FONASA deben cotizar mensualmente el 7% de su sueldo imponible, cuyo tope legal es de 78,3 Unidades de Fomento, y no pueden estar afiliadas a una ISAPRE, ya que ambos sistemas son incompatibles (Chile Atiende, Afiliación a Fonasa, 2016).

### **1.2.1 Trabajadores dependientes**

Son todas aquellas personas, que desempeñan un trabajo para un empleador del sector público o privado, bajo un vínculo de dependencia laboral y destinan su 7% de salud a FONASA, (Chile Atiende, Reconocimiento de cargas para Asignación Familiar, 2016) este tipo de contrato puede ser a plazo fijo o indefinido.

### **1.2.2 Trabajadores independientes**

Son todos aquellos trabajadores que desempeñan un trabajo en forma independiente sin un vínculo de dependencia o subordinación.

### **1.2.3 Pensionados**

Personas que gozan de una pensión previsional de cualquier naturaleza sea por vejez, invalidez, discapacidad, etc.

### **1.2.4 Cargas familiares**

Estas son los causantes, por los cuales perciban asignación familiar los trabajadores dependientes del sector público o privado y aquellos por los cuales perciban asignación familiar los afiliados en goce de una pensión previsional (FONASA, s.f).

## **1.3 Modalidad de Atención Fondo Nacional de Salud**

Existen dos tipos de modalidad de atención en FONASA.

### **1.3.1 Modalidad de Atención Institucional**

Cuando el usuario se atiende en los establecimientos públicos de salud como consultorios, CRS, CDT y hospitales públicos.

### **1.3.2 Modalidad Libre Elección**

El beneficiario elige libremente al profesional y/o entidad, del sector público o privado, que se encuentre inscrito en el Rol de FONASA y que haya celebrado convenio con éste y otorgue las prestaciones que se requieran (Superintendencia de Salud, Modalidad Libre Elección o M.L.E., s.f). Existen tres niveles de atención donde el nivel 1 el más barato y el 3 el más costoso.

### **1.4 Clasificación de tramos**

Todos los beneficiarios de FONASA son clasificados en 4 tramos según sus ingresos económicos, en los grupos: A, B, C Y D.

#### **1.4.1 Grupo A**

Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones básicas solidarias y causantes del subsidio único familiar establecido en la Ley N° 18.020. Estas personas tienen gratuidad en las prestaciones médicas en la Modalidad de Atención Institucional.

#### **1.4.2 Grupo B**

Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65 años de edad. Estas personas tienen gratuidad en las prestaciones médicas en la Modalidad de Atención Institucional.

### **1.4.3 Grupo C**

Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65 años de edad y no exceda 1,46 veces dicho monto, salvo que a los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el grupo B. Estas personas tienen una cobertura del 90% en las prestaciones médicas en la Modalidad de Atención Institucional.

### **1.4.4 Grupo D**

Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65 años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C.

Estas personas tienen una cobertura del 80% en las prestaciones médicas en la Modalidad de Atención Institucional (FONASA, Tramos y Copagos, s.f).

## **1.5 Organismo encargado de licencias médicas**

### **1.5.1 Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN)**

La Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez es la unidad técnica administrativa encargada de evaluar, constatar, declarar y certificar el estado de salud de los trabajadores y beneficiarios, con el objetivo de determinar la

recuperabilidad de sus estados patológicos para la obtención de beneficios previsionales y/o asistenciales (Chile Atiende, Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez, s.f).

## **1.6 Beneficios para los usuarios del sector público y privado**

### **1.6.1 GES o Ex-AUGE**

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) o Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (Ex AUGE) contempla una serie de beneficios enfocados en solucionar los problemas de la salud, garantizando el tratamiento de ciertas enfermedades, tanto para los usuarios de FONASA e ISAPRES.

## **1.7 Organización de los establecimientos de salud en Chile**

En los establecimientos de salud en Chile se distingue tres niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria, dependientes de los respectivos Servicios de Salud o de la Municipalidad.

### **1.7.1 Nivel Atención Primaria**

Es la atención ambulatoria que reciben las personas y su grupo familiar en los consultorios rurales y urbanos del país más cercano a su lugar de residencia.

El nivel primario es de mínima complejidad donde se realizan programas básicos de salud como controles médicos, tratamientos, rehabilitaciones, vacunaciones, visitas domiciliarias, etc. Cuando el paciente presenta una enfermedad compleja es derivado al nivel secundario o terciario para un tratamiento más exhaustivo.

### **1.7.1.1 Postas y Estaciones Médicas**

#### **1.7.1.1.1 Estación Médico Rural (EMR)**

Son centros para la atención de salud ambulatoria básica, cuyo espacio físico es cedido por la comunidad. Estos no poseen auxiliar permanente, sino que son atendidos por un equipo de salud rural que acude en rondas periódicas (Wikipedia, Organización de los establecimientos de salud en Chile, 2016).

#### **1.7.1.1.2 Postas de Salud Rural (PSR)**

Brinda atención que cubre las necesidades de salud de sectores de población rural. Preferentemente de fomento y protección de la salud, promoción, prevención, trabajo comunitario en salud y a su vez, recepción y atención de problemas de salud, derivando a otros establecimientos de la red las situaciones que no pueden ser resueltas en ese nivel y las urgencias que presentan los habitantes de la localidad, cuentan con un técnico paramédico residente, disponible en forma permanente e inmediata, y con un sistema de comunicación radial con su centro de referencia (Wikipedia, Organización de los establecimientos de salud en Chile, 2016).

### **1.7.1.2 Servicios de Urgencia**

#### **1.7.1.2.1 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)**

Son establecimientos de salud que pretenden resolver urgencias médicas, formando parte de una red asistencial que presta atención a los usuarios de salud. Los SAPU se sitúan en comunas de alta demanda en este tipo de atención. Sus

objetivos principales son aumentar la capacidad resolutive del nivel primario, aumentar la cobertura de atención del consultorio, mejorar la accesibilidad a la atención médica, disminuir las consultas de urgencia en el nivel terciario (hospitales), disminuir los tiempos de espera por consultas de urgencia y disminuir los costos por traslados (Dirección de Salud Municipal, s.f).

### **1.7.1.3 Centros de Salud y otros**

#### **1.7.1.3.1 Centros Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM)**

Se define como un establecimiento de atención ambulatoria, dedicado al área de salud mental y psiquiatría, que apoya y complementa a los consultorios de la comuna en la cual funciona (Observatorio Chileno de Salud Pública, s.f).

#### **1.7.1.3.2 Centros de Salud Familiar (CESFAM)**

Proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud, atienden en forma ambulatoria. La diferencia entre un CES y un CESFAM es que en este último se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, y por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas (Wikipedia, Organización de los establecimientos de salud en Chile, 2016).

#### **1.7.1.3.3 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)**

Centro Comunitario de Salud Familiar, brinda atenciones básicas de salud y trabaja al alero de un CES o CESFAM, dependiendo de éstos para prestaciones más complejas. Pretende acercar la atención de salud aún más a las personas. Por su cercanía con la comunidad y la definición conjunta de las acciones que allí se otorgan, el CECOSF pretende resolver de manera más oportuna la demanda de necesidades de salud de la población a cargo (Wikipedia, Organización de los establecimientos de salud en Chile, 2016).

#### **1.7.1.3.4 Centros de Salud Urbano (CSU)**

Es un establecimiento de atención ambulatoria para poblaciones asignadas no superiores a 40.000 habitantes, que puede estar adosado a un hospital de baja complejidad (Wikipedia, Organización de los establecimientos de salud en Chile, 2016).

#### **1.7.1.3.5 Centros de Salud Rural (CSR)**

Proporciona atención primaria a la población de sectores rurales. Es un establecimiento de menor complejidad, que forma parte de la red asistencial. Son administrados por las municipalidades.

#### **1.7.1.4 Consultorios Generales**

##### **1.7.1.4.1 Consultorio General Urbano (CGU)**

Es el establecimiento de atención ambulatoria ubicado en localidades de más de 20.000 habitantes y al servicio de un área de atracción, idealmente no superior a 50.000 habitantes. Sus acciones comprenden el fomento, prevención y protección de la salud de las personas, del ambiente de la localidad y la resolución de los problemas de salud de esa misma población y de aquella del área de atracción que llegue por referencia.

La capacidad de resolución de salud ambulatoria estará determinada por la complejidad de los recursos que posea el consultorio. El equipo del Consultorio General Urbano estará constituido por médicos y odontólogos generales, más los profesionales y técnicos (enfermeras, matronas, nutricionistas, etc.), además de un tecnólogo médico para el manejo del laboratorio básico que pueda poseer el establecimiento (Wikipedia, Organización de los establecimientos de salud en Chile, 2016).

##### **1.7.1.4.2 Consultorio General Rural (CGR)**

Es un establecimiento de atención ambulatoria ubicado generalmente en localidades de 2.000 a 5.000 habitantes y que presta servicios a la población de un área determinada que no excede los 20.000 habitantes. Las acciones del Consultorio General Rural comprenden, tanto el fomento, la prevención y la protección de la salud de las personas y del medio ambiente, como la resolución

de los problemas de salud que pueda manejar el equipo de salud, compuesto de médico, odontólogo, enfermera, matrona, otros profesionales y técnicos apoyados por medios básicos de diagnósticos y tratamiento (Wikipedia, Organización de los establecimientos de salud en Chile, 2016).

#### **1.7.1.4.3 Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR)**

Las Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR), es el espacio físico asignado a las salas de los CCR, están consideradas en aquellos establecimientos de atención primaria de salud y hospitales comunitarios de salud familiar que tengan una población asignada mayor de 12.000 personas. El recurso profesional básico de estas UBR es un terapeuta ocupacional y un kinesiólogo, si la población asignada es mayor de 30.000, se considera un segundo kinesiólogo. Estos centros trabajan basados en la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Wikipedia, Organización de los establecimientos de salud en Chile, 2016).

#### **1.7.2 Nivel Atención Secundaria**

En el nivel secundario, los pacientes son derivados del nivel primario, para otorgarles principalmente atenciones médicas basadas en especialidades y que tiene una complejidad intermedia, la cual puede ser en forma ambulatoria u hospitalización.

### **1.7.2.1 Centros Diagnósticos Terapéuticos (CDT)**

Los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) son establecimientos de atención abierta, de alta complejidad, adosados a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud, consultorios generales, hospitales de la región y pacientes hospitalizados en el establecimiento. Las prestaciones sanitarias que otorga son consultas de especialidad y subespecialidad; procedimientos diagnósticos, procedimientos terapéuticos, procedimientos de enfermería y cirugía ambulatoria (Ministerio de Salud, Servicio de Salud Maule, 2016).

### **1.7.2.2 Centros de Referencia de Salud (CRS)**

Es un Centro de Referencia de Salud de atención abierta, de mediana complejidad, sin hospitalización y que recibe sólo a pacientes derivados de otros establecimientos de salud, no en forma espontánea.

Proporciona atenciones de tipo diagnóstico y terapéutico a pacientes referidos principalmente del nivel primario de atención (Ministerio de Salud, CRS Peñalolen Cordillera Oriente, s.f).

### **1.7.2.3 Consultorios Adosados de Especialidades (CAE)**

Tienen como objetivo solucionar aquellos problemas de salud de los usuarios, tanto adultos como pediátricos, que requieran de una atención especializada, los

cuales son derivados desde la atención primaria (consultorio de la zona). Para ello se cuenta con un selecto grupo de especialistas (Ministerio de Salud, Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), s.f.)

### **1.7.3 Nivel Atención Terciaria**

El nivel terciario se caracteriza por una cobertura reducida de población, esencialmente basada en referencia de pacientes desde otros niveles, y su alta complejidad tecnológica. Puede actuar como un centro de referencia no sólo para recibir pacientes desde su propia área de red asistencial, sino que puede tener carácter regional y en algunos casos hasta cobertura nacional (como Institutos de Especialidades).

Aunque estos establecimientos hospitalarios realizan actividades de alta complejidad, en general también realizan atención de nivel secundario, ya que cubren problemas de demanda a nivel secundario de la población, cubierta por la red asistencial correspondiente. (OCHISAP, s.f.).

#### **1.7.3.1 Hospitales**

##### **1.7.3.1.1 Hospitales Tipo 1 y 2 (alta complejidad)**

El Hospital Tipo 1. Establecimiento de alta complejidad, con no más de 500 camas, ubicado en la ciudad sede de la dirección del servicio de salud, constituyendo el hospital base de cada unidad del sistema.

El Hospital Tipo 2. Establecimiento de alta complejidad, de 250 a 300 camas, ubicado en ciudades con alrededor 100.000 habitantes como hospital único o en grandes urbes, como apoyo al tipo 1. En Servicios de Salud poco poblados podría llegar a ser el establecimiento de mayor complejidad (Gobierno de Chile, s.f.).

#### **1.7.3.1.2 Hospitales Tipo 3 y 4 (mediana y baja complejidad)**

Hospital Tipo 3. Establecimiento de mediana complejidad con 100 a 200 camas de dotación. Se ubica en localidades de hasta 50.000 habitantes y con un área de influencia no superior a 70.000 habitantes.

Hospital Tipo 4. Establecimiento de baja complejidad con menos de 100 camas de dotación. Se ubica en localidades urbano-rurales de más de 10.000 habitantes con un área de influencia no superior a 30.000 habitantes (Servicios Salud, 2009-2018).

## **CAPÍTULO II: EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE**

### **PERÍODO 2000 - 2014**

En el gobierno militar, el Estado comenzó a tener un rol subsidiario y protagónico en la protección de la salud en Chile, dentro de estos cambios se presentó la reestructuración general del Servicio Nacional de Salud (SNS).

Por otra parte, con el objeto de reducir las desigualdades de acceso a la salud, se crea el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) con bajo copago a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA), en tres niveles: atención primaria, urgencias y régimen GES o Ex AUGE.

Este programa lo desarrolló el Estado con crecientes aportes fiscales, sin embargo la diferenciación fundamental entre las instituciones aseguradoras del sector público y privado son notables, debido a que FONASA se rige por un sistema de repartición solidario y en cambio las ISAPRES por planes individuales asociados a los aportes obligatorios y voluntarios que hacen los cotizantes, para el financiamiento de la salud.

Las principales leyes de la reforma del sistema de salud chileno, fueron la Ley de Financiamiento N° 19.888, Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión N° 19.937, Ley de Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), actualmente Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) N° 19.966, Ley de Solvencia de ISAPRES N° 19.895 y la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes N° 20.584.

## **2.1 Reestructuración y reformas del sistema de salud en Chile (1979-2011)**

Durante décadas el Estado chileno no tuvo un rol protagónico en aspectos de protección sanitaria, adquiriendo solamente una mayor participación del gobierno a partir de 1979, cuando se reestructura el antiguo sistema de salud y a partir de 2000 con la reforma del Plan AUGE. Detalladamente se gestionan las siguientes reformas:

2.1.1 La reforma del régimen militar, con fecha 03 de agosto de 1979, en el gobierno de Augusto Pinochet, fue publicado el Decreto Ley N° 2.763 que elimina las estructuras anteriores, y crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), modifica su estructura y financiamiento, cuya función es la provisión de salud, poniendo fin al Servicio Nacional de Salud (SNS).

Actualmente existen 29 Servicios de Salud con autonomía y encargados de la administración de los hospitales del país. En este período el Ministerio de Salud (MINSAL) también se reorganizó, redefiniendo sus funciones, otorgándole un mayor carácter normativo, para efectuar políticas y programas de salud. Se fusionó el Sistema Nacional de Salud (SNS) y el antiguo Servicio Médico Nacional de empleados (SERMENA), creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS).

Se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA), cuya finalidad es su función operativa, recabar y distribuir fondos para el financiamiento de los Servicios de Salud y administrar préstamos médicos para los beneficiarios

del sector público de salud. Además también fueron creadas la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) y el Instituto de Salud Pública (ISP), en reemplazo del Instituto Bacteriológico de Chile.

2.1.2 El artículo 84 del Decreto Ley N° 3.500 de 1980, contempla que aquellos trabajadores que se incorporen al sistema de pensiones, deberán cotizar de sus remuneraciones imponibles un 7%, para el financiamiento de las prestaciones de salud.

2.1.3 La municipalización de los establecimientos de atención primaria. En 1980, se dicta el D.F.L. N° 1/3063, donde se incorpora a los municipios como entidades administradoras de salud en los consultorios generales urbanos y rurales, postas rurales del país, este proceso se efectuó entre los años 1981 y 1988.

2.1.4 El 19 de mayo de 1981, con la publicación del Decreto con Fuerza de Ley N°3, se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), aseguradoras privadas, no reciben subsidios por parte del Fisco, operan en un sistema de libre competencia y prima individual, según riesgo de las personas (primas diferenciadas, según sexo, edad y preexistencia de enfermedad). Se faculta a los trabajadores a depositar en éstas aseguradoras sus cotizaciones obligatorias y complementarias voluntarias,

que ofrecen planes de salud al sector de personas de mayores ingresos económicos, el 51,4% de los afiliados pertenecen al quintil V.

2.1.5 En 1985 la Ley 18.469, reorganiza el sistema de salud, contando con dos maneras de atención para los afiliados y beneficiarios, las Modalidades de Atención Institucional (MAI) y de acceso de Libre Elección (MLE), así como las prestaciones médicas, desafiliación del régimen y finalmente establece el aporte financiero de acuerdo a los ingresos económicos del contribuyente. A partir de ese año el Fondo Nacional de Salud, implementó el otorgamiento de préstamos médicos destinados a financiar total o parcialmente el valor de aquellas prestaciones que superan las capacidades de pago de los asegurados, así como pago asociado a emergencia, atención hospitalizada, tratamientos médicos, radioterapia, tratamientos psiquiátricos, adquisición de órtesis, prótesis, entre otros.

2.1.6 En marzo de 1990 la Ley N° 18.933 crea la Superintendencia de ISAPRES, cuya finalidad es fiscalizar el financiamiento y prestaciones privadas, modificando la legislación de dichas instituciones.

2.1.7 En 1995, se promulga la ley N° 19.381, que reforma el sistema privado de salud, otorgando más derechos a sus usuarios, con respecto a excedentes de cotizaciones, flexibilidad de cambio de aseguradora y acceso de información.

2.1.8 Desde el año 2000, FONASA eliminó la petición del cheque en garantía para atenciones de emergencia, y simultáneamente asumió el 100% de los costos de sus afiliados que debiesen ingresar a establecimientos privados por riesgo vital y mientras se mantenga esta situación.

2.1.9 Entre el 2000 y 2005, se crea la Reforma AUGE (Acceso Universal de Garantías Explícitas), actualmente GES (Régimen de Garantías Explícitas en Salud), para asegurar a sus afiliados y beneficiarios las prestaciones de salud, de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, y los programas que el Fondo Nacional de Salud debe cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional.

2.1.10 La Ley N° 20.531, publicada el 31 de agosto de 2011, exime del pago obligatorio de la cotización de salud, correspondiente al 7% de los ingresos imposables, desde el 1 de noviembre de ese año, a los pensionados del sistema de pensiones solidarias.

A partir del año 2000, en el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, comienza una etapa relevante con el proceso de estudio y diseño para establecer los "Objetivos Sanitarios para Chile", que busca por parte del Estado, mantener un rol subsidiario con la publicación de la Ley N° 19.966, conocida actualmente como Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Las siguientes leyes fueron creadas y sustentaron principalmente la reforma del sistema de salud en el país:

2.1.11 Ley de Financiamiento, N° 19.888 de 13 agosto 2003. Establece financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno (Biblioteca de Congreso Nacional de Chile, s.f). La finalidad es asegurar los recursos económicos necesarios para la reforma en salud, la cual incluyó un aumento del 1% del IVA. La puesta en marcha de esta reforma tuvo un costo inicial de 188 millones de pesos para las primeras 25 patologías.

2.1.12 Ley N° 19.937 del 24 febrero de 2004, modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una concepción de autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana (Biblioteca de Congreso Nacional de Chile, BCN, s.f). Separa las funciones de provisión de servicios de salud y regulación del sector. Crea la figura de hospitales autogestionados.

2.1.13 Ley N° 19.895 de Solvencia de ISAPRES de agosto 2003, modificada por la Ley N° 20.015 de mayo de 2005, para asegurar la estabilidad del sistema asegurador y proteger a sus afiliados, otorgando atribuciones para su fiscalización, corregir discriminación de ingreso por sexo, edad y preexistencia de enfermedad, mejorando la transparencia al sistema.

2.1.14 La Ley N° 19.966, el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), de 03 de septiembre de 2004. La principal reforma de salud en Chile implementada a partir de 2005 y conocida como Reforma AUGE, ha sido el mayor esfuerzo realizado por el país desde el retorno a la democracia, con el fin de mejorar el sistema de salud.

Entre sus principales objetivos, se incluyeron: dar prioridad a una política sanitaria con énfasis preventivo y con intervenciones a nivel del conjunto de la población; disminuir la brecha de inequidad entre los sectores más vulnerables y los más acomodados, así como también entre el sector rural y urbano; ofrecer una atención que garantice acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para problemas de salud con alto impacto sanitario. Asimismo, la reforma buscó disminuir la brecha de oportunidad en la atención que existe entre el sistema público y privado de aseguramiento, los que coexisten desde fines de los años 70 (Gullermo Paraje - Antonio Infante, 2014).

2.1.15 Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes N° 20.584, abril 2012. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, BCN, s.f).

## **2.2 El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES)**

El actual Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) o ex Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE), es un sistema integral de salud que beneficia a los asegurados de FONASA e ISAPRES.

El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios, pues constituye un beneficio legal, que les da derecho de atención, tiempo definido y exigir estas garantías en todas las patologías establecidas, incluyendo su acceso, calidad, oportunidad y apoyo financiero.

En el caso de FONASA, para el grupo A y B, para los mayores de 60 años de edad y para quienes reciben pensiones asistenciales el costo es cero; el grupo C paga el 10% de las prestaciones con un tope de 21 cotizaciones mensuales por una enfermedad y 31 cotizaciones por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de 1,47 veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses. El grupo D paga el 20% de las prestaciones con un tope máximo de 29 cotizaciones mensuales por una enfermedad y 43 cotizaciones mensuales por dos o más enfermedades. Los trabajadores independientes pertenecientes a este grupo tienen un tope de dos veces el promedio de sus ingresos recibidos en los últimos 12 meses.

Los afiliados a ISAPRES pagan el 20% de la prestación según el arancel de referencia disponible, con un tope máximo de 29 cotizaciones, en caso de una enfermedad, o de 41 cotizaciones mensuales en el caso de dos o más enfermedades. La suma de los copagos durante un año no podrá exceder las 122 UF en el caso de una enfermedad, o de 181 UF en el caso de dos o más enfermedades (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, BCN, s.f).

El Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), se convirtió en ley el 3 de septiembre de 2004 (Ley N° 19.966), comenzó a regir el 1 de julio de 2005 con 25 problemas de salud, en el 2006 se incorporan 40 patologías y 56 enfermedades en el 2007, en el año 2010 aumenta a 69 y al año 2014 se garantizan 80 patologías.

### **2.3 El financiamiento del sistema de salud chileno**

En Chile el financiamiento del sistema de salud es mixto y los encargados de recaudar y administrar los aportes que provienen de la salud pública, es el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y en la salud privada, por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES).

El Fondo Nacional de Salud, posee planes universales de salud y de reparto solidario, recibe los aportes de las cotizaciones obligatorias de un 7% de las remuneraciones imponibles de los trabajadores dependientes y pensionados, que no está en directa relación con el riesgo según sexo, edad y preexistencia de enfermedad de sus cotizantes y beneficiarios. Estas cotizaciones son voluntarias para los trabajadores independientes, debido a que no están obligados a adherirse algún sistema de salud, pero la Ley N° 20.894 prorrogó la posibilidad de renunciar

a cotizar hasta la operación renta 2018, pero a partir de la operación renta 2019 será obligatorio.

Los afiliados son clasificados de acuerdo a sus ingresos económicos y cantidad de cargas familiares en tramo A, B, C y D. El tramo A no recibe ingresos, por motivos de cesantía o discapacidad y en el tramo B su salario es inferior al mínimo, ambos están exentos de pago y su atención es gratuita en la red asistencial sin copago. En cambio al tramo C pertenecen los trabajadores que reciben un sueldo imponible superior a \$210.001 (sueldo mínimo vigente al 2014) y menor o igual a \$306.000 y debe realizar un copago no superior a un 10%. En el tramo D pertenecen los trabajadores cuyo sueldo imponible es superior a \$306.000 y deben efectuar un copago no superior al 20% del valor de la prestación.

Para todos los tramos existe la atención “Modalidad de Atención Institucional” (MAI), en los establecimientos públicos de salud y para los tramos B, C y D la “Modalidad de Libre Elección” (MLE), mediante el copago se puede acceder a la atención privada (clínicas, consultas médicas privadas, laboratorios, etc).

En general el sistema de salud pública, debe incorporar a las personas de mayor riesgo de enfermedades, más vulnerables del país, a quienes no tienen empleo y a los indigentes. En contraste el sistema de salud privado, es decir las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), está compuesto por una amplia red de prestadores, como clínicas, centros médicos, laboratorios y centros especializados.

La salud privada, realiza contratos individuales con sus asegurados y genera dos tipos de aportes, por pagos de primas obligatorias individuales de acuerdo al tipo de plan contratado y al riesgo de los asegurados (sexo, edad y preexistencia de enfermedad) y cotizaciones adicionales voluntarias por parte del afiliado, para optar a una mayor cobertura de su plan de salud, no excediendo de 4,2 UF mensuales. Los cotizantes de ISAPRES pagan en promedio el 10% de su salario imponible y se les ajustan las tarifas de sus planes de salud una vez al año, estipulado en la Ley N° 20.015 de 2005.

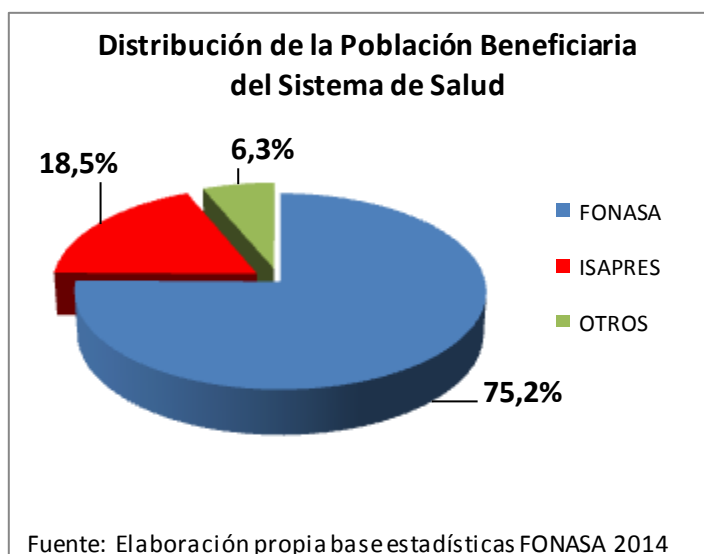
Este sistema tiene tres tipos de planes de atención, el primero de “Libre Elección” donde el asegurado elige el prestador y de acuerdo a su contrato se genera un copago, el segundo es el “Plan Cerrado” donde el asegurado tiene una red amplia y única de prestadores para la atención médica y el tercero el “Plan de Prestadores Preferentes”, donde existe convenios con diversos centros privados, con la finalidad de obtener precios más económicos en las prestaciones de salud para sus asegurados.

### **2.3.2 Aseguramiento en el sistema de salud**

En el año 2014, a nivel de aseguramiento ambos sistemas de salud pública y privada, otorgaron cobertura al 93,7% de la población, pero en diferentes proporciones.

La figura N° 1 muestra la distribución en porcentaje de la población beneficiaria del sistema de salud chileno, apreciándose que FONASA, aseguraba al 75,2% de la población y las ISAPRES, sólo al 18,5% de la población y clasificadas en la categoría "Otros", el 6,3% de la población, correspondiente al Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, incluidas las personas particulares (que no pertenecen a ningún sistema de salud)<sup>1</sup>.

Figura 1.

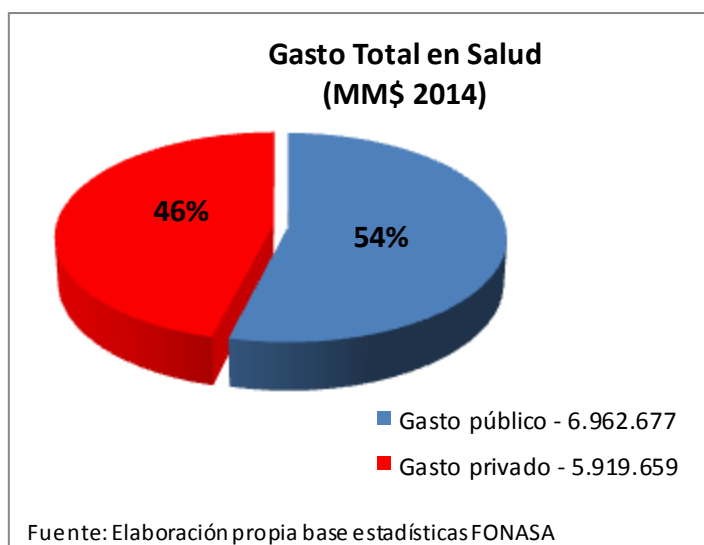


La figura N° 2, muestra que el 18,5% del sistema privado de salud "se beneficia" del 46% del gasto total en salud y el 75,2% del sistema público de salud de la población, se beneficia del 54% del gasto total en salud, un porcentaje levemente mayor, pero desigual en el sistema de salud, generando una distribución del gasto desproporcional. De acuerdo a esta inequidad, existe una brecha importante,

<sup>1</sup> Datos disponibles en Anexo 1

especialmente en el sistema público de salud con respecto al sistema privado, situación que se mantuvo durante el período comprendido entre el año 2000 y 2014<sup>2</sup>.

Figura 2.



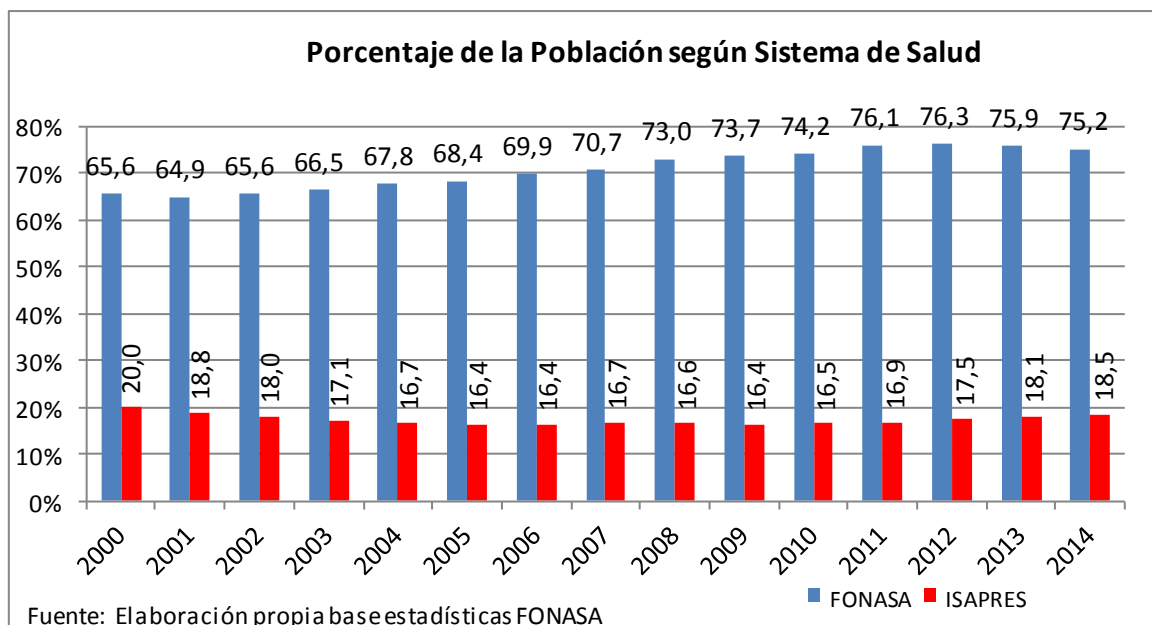
Debido a las consecuencias de la crisis asiática entre los años 1997 y 1999, que afectó fuertemente a la economía del país experimentando una desaceleración de la economía y que produjo una fuga importante de cotizantes del sistema de salud público, perjudicando el pleno empleo, subiendo la tasa de cesantía en un 11% en el año 2001 y en 8,5% en el 2003, provocando que los asegurados de menores ingresos de las ISAPRES emigraran a FONASA. La cantidad de personas que migró del sistema privado, fue de aproximadamente 363 mil asalariados desde 2000 al 2003.

<sup>2</sup> Datos disponibles en Anexo 2

En el año 2000, la población beneficiaria de FONASA, superó los 10 millones de personas y más de 3 millones en las ISAPRES, en una proporción 3 a 1, alcanzando en el año 2014 una proporción de 4 a 1, por los cambios demográficos de la población<sup>3</sup>.

En la figura N° 3, se aprecia que el sector privado desde el 2004 al 2014, se mantuvo en promedio en un 17%, aumentando levemente en el año 2012 y alcanzando un 18,5% en el 2014.

Figura 3.



Posteriormente después de esta crisis, a partir de 2004 comienza a reactivarse la economía del país con una tasa de crecimiento de un 7,2% y un 5,7% en el año 2005, cuando entra en vigencia el Régimen de Garantías Explícitas en Salud

<sup>3</sup> Datos disponibles en Anexo 3

(GES), lo cual permite mejorar la salud, con la inclusión inicial de 25 enfermedades, así como el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, tanto en el seguro público como privado.

### **2.3.3 Mecanismos de financiamiento del sistema de salud**

El sistema de salud en Chile, se basa principalmente de cuatro mecanismos de financiamiento:

**2.3.3.1 Aporte fiscal:** Es el presupuesto general del Estado, proveniente de impuestos generales y específicos, transferidos desde el Gobierno Central hacia el Ministerio de Salud. El aporte fiscal directo, tiene la finalidad de financiar el sector público, específicamente la red asistencial de salud, para llevar a cabo los programas de salud e inversión en infraestructura.

**2.3.3.2 La cotización obligatoria y voluntaria en salud:** Aportes de las personas, con sus cotizaciones obligatorias del 7% de las remuneraciones imponibles de los pensionados, trabajadores dependientes y los trabajadores independientes (quienes no están obligados a cotizar) de ambos sistemas de salud y las cotizaciones adicionales voluntarias de los asegurados de las ISAPRES, que constituye el pago adicional de las familias para mejorar su plan de salud.

**2.3.3.3 Aportes obligatorios de las empresas:** Este aporte corresponde al 0,95% de la cotización básica de las remuneraciones imponibles del trabajador, de cargo del empleador, en caso de accidentes laborales de sus trabajadores. Las empresas realizan contrato con seguros privados, independientes del sistema de salud de su trabajador (FONASA e ISAPRES), con tarifas preferenciales en caso de accidentes laborales, como por ejemplo: Mutuales de Seguridad, Centros Médicos, etc.

**2.3.3.4 El gasto de bolsillo:** Es el copago o gasto de bolsillo del ingreso disponible de las familias, para efectos de pago en prestaciones médicas recibidas: como hospitalización, exámenes, consultas, compra de fármacos e insumos y préstamos de salud, que deben realizar tanto los asegurados de ISAPRES y FONASA. En caso de no pertenecer a ninguno de estos sistemas de salud, debe pagar como particular las prestaciones médicas (cancelar el valor total).

El copago es un concepto que se utiliza en el ámbito de la medicina privada para definir la diferencia que existe entre el precio de un servicio y el valor del mismo que cubre un plan de salud. Se trata, por lo tanto, del monto que tiene que pagar el afiliado para acceder a dicho servicio (Definición.de, 2008-2017).

En resumen, el mecanismo de financiamiento primordial del sistema de salud en Chile son el aporte fiscal, las cotizaciones de las personas, el gasto de bolsillo y las empresas. El aporte en el sector público incluye las cotizaciones obligatorias de los afiliados y el aporte fiscal, en cambio el sector privado contiene las cotizaciones obligatorias, cotizaciones voluntarias y el gasto de bolsillo de las personas. El gasto de bolsillo que es el copago o gasto de las personas, según arancel de FONASA e ISAPRES, por prestaciones de bienes o servicios a sus respectivos asegurados.

El aporte fiscal directo proveniente del gobierno y distribuido al Ministerio de Salud (MINSAL) para el financiamiento de nuevos hospitales, puesta en marcha de políticas públicas y programas de emergencia, entre otros. El MINSAL a su vez subvenciona al Fondo Nacional de Salud (FONASA), que destina recursos económicos a su Red de Prestadores Públicos, cuya función es otorgar a sus asegurados la oferta de prestaciones médicas, como también a las Municipalidades para el funcionamiento de los Centros de Atención Primaria de salud bajo su dependencia. Por otra parte, las personas a su elección, aportan con sus cotizaciones obligatorias y voluntarias, para el financiamiento de la red de prestadores de salud, como consultorios y hospitales en el sector público y en el sector privado para financiar a sus clínicas y centros médicos.

Por último, las empresas suministran a las Mutuales de Seguridad o centros privados, un aporte obligatorio de 0,95% de los ingresos imponibles por Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, los cuales proveen recursos a sus prestadores propios.

El Sistema de Salud de las Fuerzas Armada y de Orden, recibe aporte fiscal del Ministerio de Defensa y financia a sus propios centros médicos, odontológicos y hospitales institucionales, otorgando atención médica y dental a los propios usuarios del sistema de salud.

Se debe mencionar que el sistema de salud además de ser fragmentado, porque existe un sistema público y privado, incluido el Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas y de Orden, también es segmentado, debido a que está dirigido a personas de distintos estratos económicos, del quintil V el 51,4% pertenecen a ISAPRES y el 39,2% a FONASA, según Encuesta CASEN 2015.

### **CAPÍTULO III: RECOMENDACIÓN DE LA OCDE FRENTE AL SISTEMA DE SALUD EN CHILE, PERÍODO 2000-2014**

Chile durante los últimos 20 años ha incrementado su gasto total en salud y su participación en el Producto Interno Bruto (PIB), revela que el más bajo fue de 6,3% en el año 2006 y el más alto de 8,7% en el 2014, sus cifras demuestran que se mantuvo debajo del promedio de los países de la OCDE, que obtuvieron un 8% de su PIB en el 2006 y un 9% de su PIB en el 2014. De estos países Estados Unidos, realizó el mayor gasto en salud como porcentaje de su PIB, con un promedio de 15% en este período.

El financiamiento del gasto en salud de la mayoría de los países de la OCDE, es el sector público, con excepción de Chile con un 60% y Estados Unidos con un 49%, cuyo gasto en salud no es financiado por fuentes públicas, una proporción muy por debajo del promedio de 72% de los países de la OCDE. El gasto en salud en Chile es pagado directamente por los hogares (gasto de bolsillo) con un 38,9% y un 46% del gasto total en salud, en comparación con el 27% del promedio de los países de la OCDE en el 2014.

Situación similar ocurre con los recursos humanos, las cifras reflejaron que el número de médicos es bajo al compararse con los países de la OCDE, la oferta de trabajadores de la salud fue de 1,9 médicos por cada 1.000 habitantes, en el año 2013, frente a un promedio de 3,3 de los países de la OCDE.

Con respecto a patologías médicas, Chile en el año 2013 presentó índices en los niveles de obesidad de un 25,1% y consumo de tabaco de 29,8%, en comparación con los promedios de la OCDE, de un 19% y 19,7% respectivamente, repercutiendo en los últimos años en la salud de los chilenos.

### **3.1 Evolución del Gasto Total en salud**

El gasto en salud de Chile, es todo lo que el país gasta de su PIB, en los sistemas de salud pública y privada, con el objetivo de realizar actividades de prevención y promoción en salud a los ciudadanos, incluyendo las campañas de vacunación, prestaciones médicas, abastecimiento de medicamentos, diversos programas maternos-infantiles, programas enfermedades crónicas, entre otros.

El Cuadro N°1, muestra la evolución y el porcentaje de variación del gasto total en salud de Chile, que es financiado por el sector público y privado.

En el año 2000 se destinaron más de 5 billones de pesos para costear gastos en salud, logrando duplicar esa cifra en el año 2010 con un alza aproximada de un 120% en el 2014, incrementándose considerablemente el gasto total en salud del país, principalmente por la Reforma AUGE que comenzó a funcionar a partir de 2005. Se puede observar que el mayor aporte fiscal se realizó en el año 2009, presentando un porcentaje de variación de un 37,4% en comparación al año anterior y en el gasto total en salud un 13,1%, donde la tasa de crecimiento anual del PIB fue de -1,6% debido a la crisis financiera.

Cuadro N° 1.

<b>Evolución del Gasto Total en Salud</b>						
(Cifras millones de pesos año 2014)						
Año	Gasto Total Salud	% PIB	% Variación	Aporte Fiscal Salud	% PIB	% Variación
2000	5.327.349	8,4		1.021.441	3,9	
2001	5.513.621	8,3	3,5%	1.155.144	4,0	13,1%
2002	5.468.140	8,0	-0,8%	1.110.088	3,9	-3,9%
2003	5.624.513	7,5	2,9%	1.197.965	3,7	7,9%
2004	6.045.073	7,2	7,5%	1.359.791	3,6	13,5%
2005	6.279.113	6,8	3,9%	1.450.245	3,5	6,7%
2006	6.759.257	6,3	7,6%	1.704.168	3,3	17,5%
2007	7.061.753	6,4	4,5%	1.827.571	3,4	7,2%
2008	7.562.392	6,9	7,1%	2.005.969	3,7	9,8%
2009	8.555.191	7,5	13,1%	2.756.065	4,3	37,4%
2010	9.452.798	7,4	10,5%	3.068.603	4,2	11,3%
2011	9.916.273	7,5	4,9%	3.002.730	4,2	-2,1%
2012	10.981.668	7,9	10,7%	3.314.929	4,4	10,4%
2013	12.104.845	8,4	10,2%	3.547.279	4,6	7,0%
2014	12.882.336	8,7	6,4%	3.841.973	4,7	8,3%

Fuente: Elaboración propia base estadísticas FONASA

Durante el período analizado (2000-2014), la figura N° 4 muestra los promedios de las cotizaciones legales obligatorias de salud de los seguros públicos y privados, de un 26,5% y la cotización adicional voluntaria de un 6,6%. Por otra parte, el gasto de bolsillo de un 41%. En el último año analizado, el gasto total en salud se repartió detalladamente de la siguiente manera:

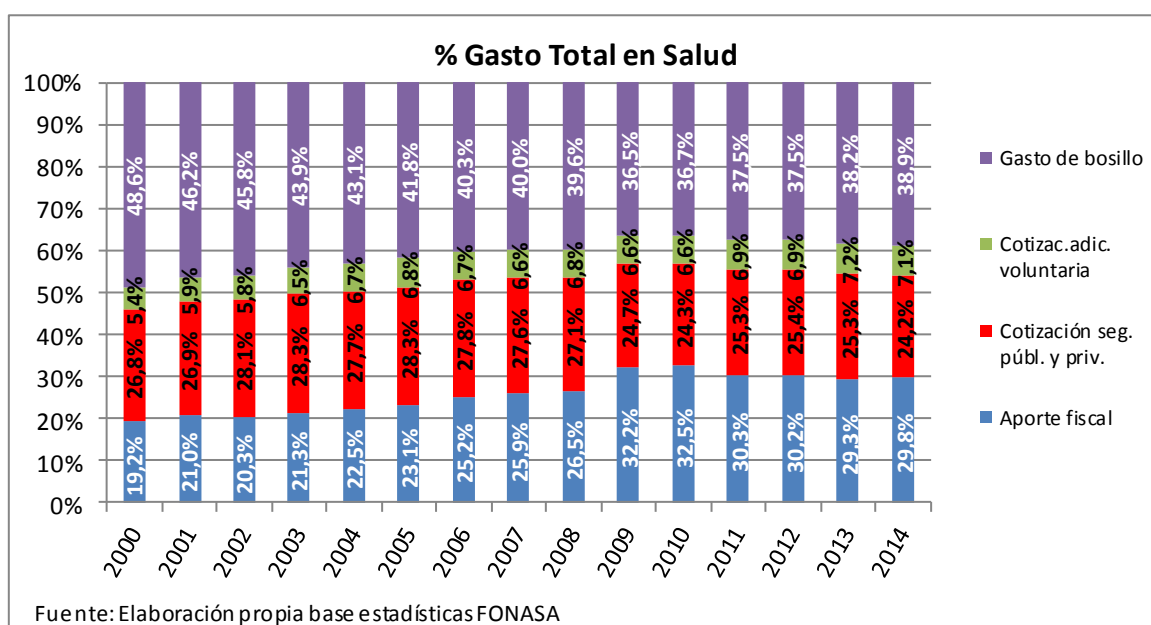
- (i) Gasto Público Directo 29,8%.
- (ii) Cotización seguros públicos y privados 24,2%.

(iii) Gasto de bolsillo 38,9%.

(iv) Cotización adicional voluntaria de seguros privados 7,1%.

El porcentaje de participación del gasto público en el gasto total en salud, fue de un 54% y el gasto privado de un 46%<sup>4</sup>.

Figura 4.



Desde la década del 2000, se incrementó el aporte estatal, debido a las distintas reformas ejecutadas, especialmente desde la puesta en marcha de la Reforma de Garantías Explícitas en Salud (GES), otorgando más recursos económicos en salud, lo que significó una disminución del gasto de bolsillo de los asegurados desde un 48,6% en el año 2000 a un 38,9% y en promedio de un 41% al año 2014, en cambio en los países de la OCDE fue de un 27%.

<sup>4</sup> Datos disponibles en Anexo 4

En Chile este gasto sigue siendo alto y se ha mantenido en el tiempo, perjudicando a las familias chilenas, quienes deben desembolsar de sus ingresos disponibles un alto porcentaje de dinero al pago de consultas, compra de fármacos e insumos médicos, laboratorio y servicios dentales, afectando el acceso a la salud, en especial a las familias más vulnerables, porque los precios no están diferenciados según los ingresos. En una entrevista al Ex Ministro de Salud (2010-2014), Jaime Mañalich se refirió al gasto de dinero que deben hacer los chilenos: "Es muy grave, porque significa primero que la gente no está completamente cubierta, y a la hora de enfrentar un gasto de salud, tiene que sacar mucho dinero de su bolsillo, pero lo que es más grave que una parte significativa de ese gasto de bolsillo son medicamentos. En el caso del quintil más pobre, casi el 60% de ese gasto de bolsillo son remedios", señaló Mañalich (EMOL.Noticias, 2017). Aproximadamente el 6,3% del gasto mensual de los hogares corresponde a salud, siendo los medicamentos el ítem que representa el mayor desembolso por parte de las familias, según un informe de la OCDE. (IPSUSS, 2017).

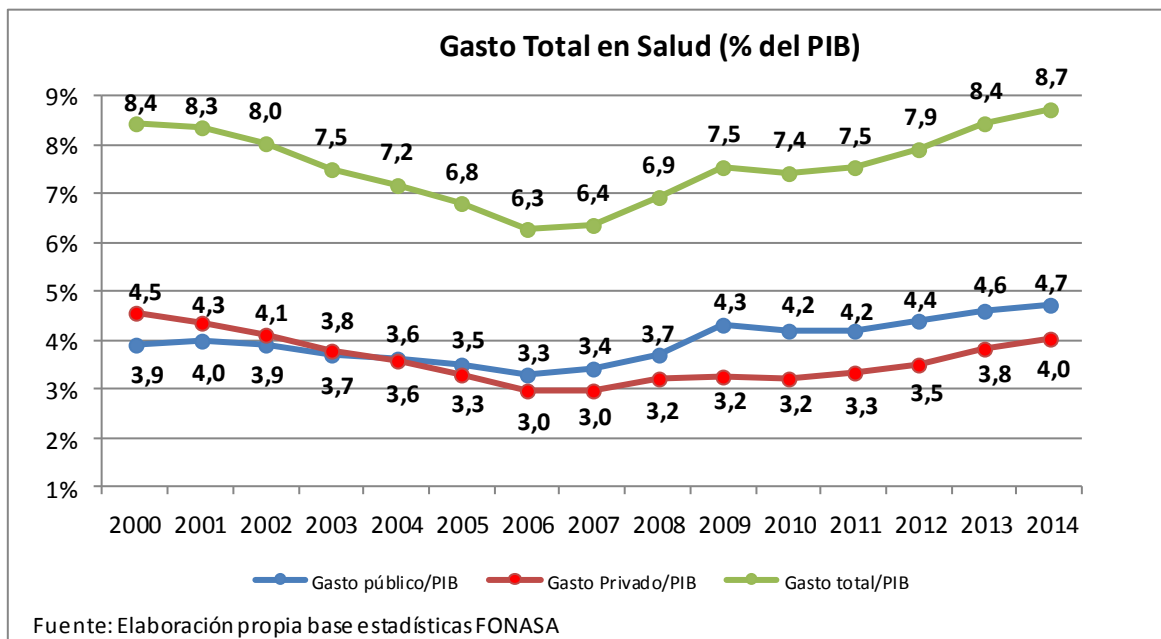
### **3.1.1 El Gasto Total PIB**

El gasto total en salud como proporción del porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en Chile, como muestra la figura N° 5, el valor promedio de Chile fue de 7,6% del PIB, en el 2000 con un 8,4% y un 8,7% del PIB en el 2014.

Con el propósito de dinamizar la economía en el país, en el año 2009 se realizó una mayor inversión en salud, mejorando la infraestructura y la construcción de nuevos centros de atención primaria.

Desde el año 2009 a 2014 el gobierno inyectó más recursos en el Gasto Público, para fortalecer el sistema de salud, manifestando una preocupación de las autoridades por revertir la crisis en salud. La proporción del Producto Interno Bruto destinado a salud, alcanzó su máximo de un 4,7% del PIB, por primera vez el Gasto Público obtiene una cifra mayor al 4%, siendo superior al Gasto Privado.

Figura 5.

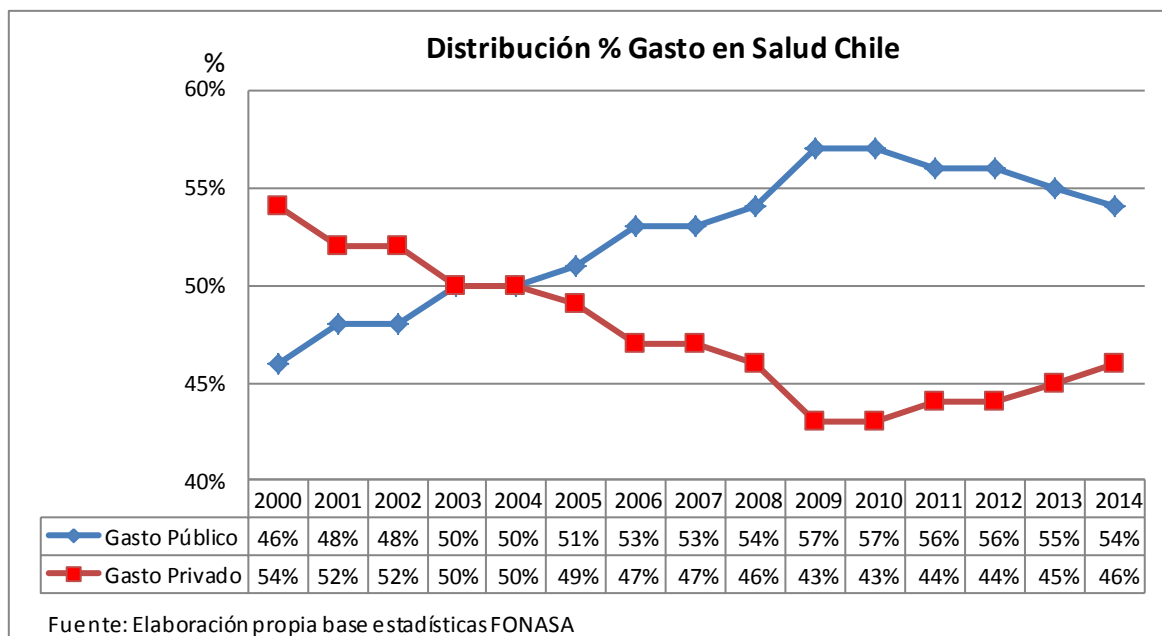


### 3.1.2 Distribución del porcentaje del gasto en salud

En la figura N° 6, se puede apreciar en el año 2014 que el Gasto Público (directo e indirecto) representó el 54% del gasto en salud y el Gasto Privado (gasto de bolsillo y cotizaciones voluntarias) fue de un 46%, lo que demuestra una desigualdad, con un elevado gasto en prestaciones de salud privadas, que no tienen ningún tipo de cobertura por FONASA e ISAPRES en el ítem medicamentos.

El Gasto Público Directo comprende el Aporte Fiscal Directo y Aporte Municipal en salud y el Gasto Público Indirecto, incluyen las cotizaciones obligatorias de ambos seguros y los aportes de las Mutuales de Seguridad.

Figura 6.



### **3.2 Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)**

Fue fundada en 1961 y agrupa a 35 países miembros, incluido Chile, regidos por un sistema de gobierno democrático y de protección a los derechos humanos. Su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de los distintos países, para ayudarles en su desarrollo y en la disminución de la pobreza.

El 11 de enero de 2010, Chile fue el segundo país en América de Sur, después de México en pertenecer a la OCDE. Su ingreso proporciona diversos beneficios para el país, como en la capacidad de análisis, seguimiento, investigación y mejoramiento de las políticas públicas y en diversos ámbitos como la educación, innovación, medioambiente, salud, entre otros, así también como para enfrentar grandes problemas globales, como la falta de energía, el calentamiento global, la contaminación, los problemas de salud, etc.

La OCDE ofrece un foro, donde los gobiernos puedan trabajar conjuntamente para compartir experiencias y buscar soluciones a los problemas comunes, trabaja para entender, lo que conduce al cambio económico, social y ambiental, mide la productividad y los flujos globales del comercio e inversión. Analiza y compara datos para realizar pronósticos de tendencias, fija estándares internacionales dentro de un amplio rango de temas de políticas públicas (OCDE , s.f).

Cada país participante nombra a un experto en representación de su país, por un plazo de un año y medio o dos, durante ese tiempo se elabora un informe con las recomendaciones a seguir, no siendo obligatorio acatarlas, sin embargo, tiene

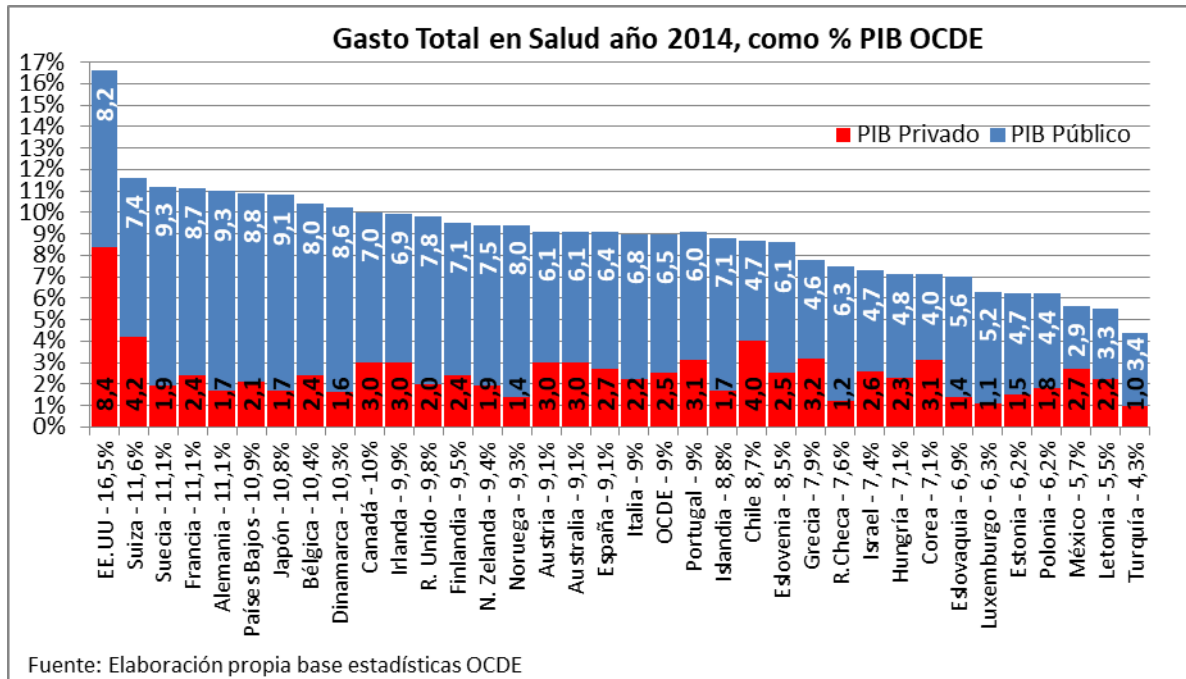
mucha importancia sobre los gobiernos, ya que fueron decididas en un marco común de acción. El representante elegido para integrar dicha comisión fue el ex Asesor en Asuntos Internacionales Raúl Sáez, quién asumió como el primer representante permanente de Chile ante dicha Organización y quien a partir de 2007 encabezó el equipo del Ministerio de Hacienda que participó en el proceso de ingreso a la OCDE, dejando su cargo en el año 2013. Dentro de las ventajas de Chile de ser miembro de la OCDE, se adquiere en primer lugar el prestigio de esta organización, ya que para ingresar a ella se deben cumplir ciertos requisitos, como exigencias de modernidad, responsabilidad y eficiencia pública. Este prestigio proporciona a Chile un reconocimiento internacional generando mayores inversiones extranjeras en el país. En segundo lugar, la contribución de los estudios que realiza esta organización en distintos aspectos de políticas públicas, estos informes son de carácter público y es recibido por el gobierno, por los investigadores y por la prensa. Finalmente en tercer lugar, se encuentra el intercambio de experiencia, donde se realizan reuniones técnicas, para analizar los problemas de cada país en conjunto, en la búsqueda de soluciones globales y la implementación en su respectivo país. Los integrantes de esta organización son los países desarrollados y emergentes de América, Asia, Europa y Oceanía, originalmente veinte países se adhirieron a la convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico del 14 de diciembre de 1960. Desde entonces, quince países se han sumado y se han convertido en miembros plenos de la Organización.

Los países miembros de la OCDE son: Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Dinamarca, Islandia, Noruega, Turquía, España, Portugal, Francia, Irlanda, Bélgica, Alemania, Grecia, Suecia, Suiza, Austria, Países Bajos, Luxemburgo, Italia, Japón, Finlandia, Australia, Nueva Zelanda, México, República Checa, Hungría, Polonia, Corea del Sur, Eslovaquia, Chile, Eslovenia, Israel, Estonia y Letonia (Wikipedia, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2016).

### **3.2.1 El Gasto Total PIB de Chile y los países de la OCDE**

El gasto total en salud como porcentaje del PIB de Chile en comparación con los países de la OCDE, se puede apreciar en la figura N° 7, que se encuentra en el vigésimo tercer lugar de los países que menos recursos destina a la salud del Producto Interno Bruto (PIB). La brecha con el promedio simple de los países OCDE es de 0,3 décimas porcentuales. En 2014, el gasto total en salud de Chile representó el 8,7% de su PIB, levemente debajo del promedio de los países de la OCDE de 9%, de este gasto en salud 2,5% es privado y 6,5% es público, con un gasto total en salud en promedio de un 73%, en cambio en Chile el gasto privado fue de 4,0% y público de 4,7%, existiendo una mayor diferencia con el promedio de los países de la OCDE en el gasto público de 1,8 puntos porcentuales. De todos los países miembros de la OCDE, Estados Unidos es el país con mayor gasto en salud con un 15,5% como porcentaje de su PIB en el 2014, con un 8,1% en el gasto público y 8,4% en el privado.

Figura 7.



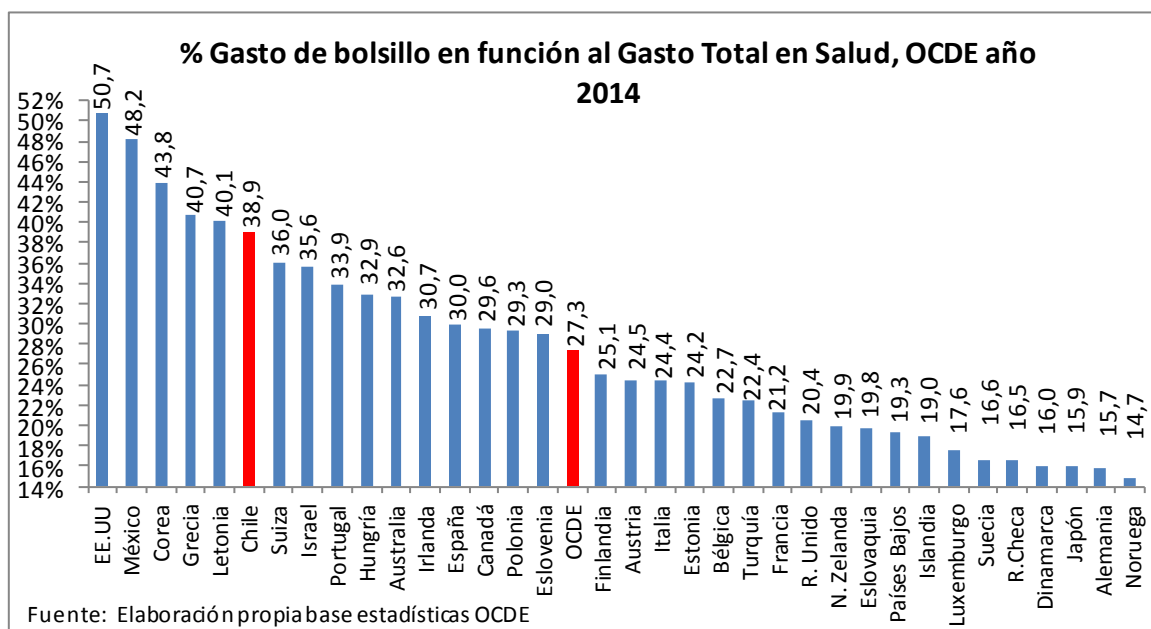
Al investigar el gasto de bolsillo, en la estructura de la salud pública y privada de los 35 países de la OCDE del año 2014, Chile se sitúa en el sexto lugar de los países con menor distribución del porcentaje del gasto en salud pública (60,4%), Estados Unidos (49,3%), México (51,8%), Corea (56,2%), Grecia (58%) y Letonia (59,9%), en contraste con Noruega, país que más financia la salud con un 85,3%<sup>5</sup>. En general en la mayoría de los países de la OCDE, el sector público es la principal fuente de financiamiento del gasto total en salud, presentando una composición de cobertura público-privada promedio en torno al 70% - 30%.

En el gasto privado como muestra la figura N° 8, Chile registra la sexta cifra más amplia con un 38,9%, siendo superado por Estados Unidos (50,7%), México

<sup>5</sup> Datos disponibles en Anexo 5

(48,2%), Corea (43,8%), Grecia (40,7%) y Letonia (40,1%). La evolución del gasto de bolsillo fluctuó entre un 48,6% en el 2000, bajando a menos de un 40% en el 2008 y a un 38,9% en el 2014, existiendo una diferencia importante del país con el promedio de 27,3% de la OCDE<sup>6</sup>. De acuerdo a sugerencias de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de 2012, el gasto privado no debe sobrepasar el 10% a 20%.

Figura 8.



Estudios de la OCDE indican que Chile es uno de los países con el mayor gasto de bolsillo, estas cifras muestran que es uno de los países más privatizados del mundo en salud y que la principal fuente de financiamiento viene directamente del presupuesto familiar.

<sup>6</sup> Datos disponibles en Anexo 6

### **3.2.2 El Gasto Total Per Cápita de Chile y los países de la OCDE**

Se analizará el gasto total per cápita en sanidad y cómo se distribuye entre el gasto público y el gasto privado en Chile. El gasto per cápita se define, como el valor promedio por persona de la suma de los gastos público y privado en bienes y servicios, por el cuidado de la salud para una determinada economía nacional, en un período dado de tiempo, usualmente un año, expresado en dólares estadounidenses corrientes.

El valor medio de Chile durante el período 2000 a 2014 fue de US\$ 1.266 gasto per cápita, el cual se ha incrementado en estos catorce años, lo que refleja la prioridad fiscal en materias de salud por el gobierno. Al comparar el gasto per cápita en salud del sistema público (Fondo Nacional de Salud) y el sistema privado (Instituciones de Salud Previsional), existe una sustancial desigualdad que se ha acentuado con los años, a modo de ejemplo, en el 2003 las cifras per cápita del sector público fueron de US\$ 360, privado US\$ 650 y en el 2014 US\$ 761 público, privado US\$ 1.009, siendo el gasto per cápita de ISAPRES más elevado que FONASA. En el ranking mundial del gasto per cápita y los países que más recursos públicos destinan al cuidado de la salud de sus asegurados, se encuentra Luxemburgo con US\$ 6.850 y gasto público (82,4%), Noruega US\$ 6.136 (85,3%), Países bajos US\$ 5.322 (80,8%), Alemania US\$ 5.200 (84,3%) y Suecia US\$ 5.170 (83,4%), donde sus habitantes gastan menos en salud, desembolsando en términos monetarios un máximo de un 20%<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Datos disponibles en Anexo 6

En el cuadro N° 2, se detallan las cifras del gasto en salud como participación del PIB, gasto per cápita y distribución en porcentaje del gasto total en salud, tanto del sector público y privado del país.

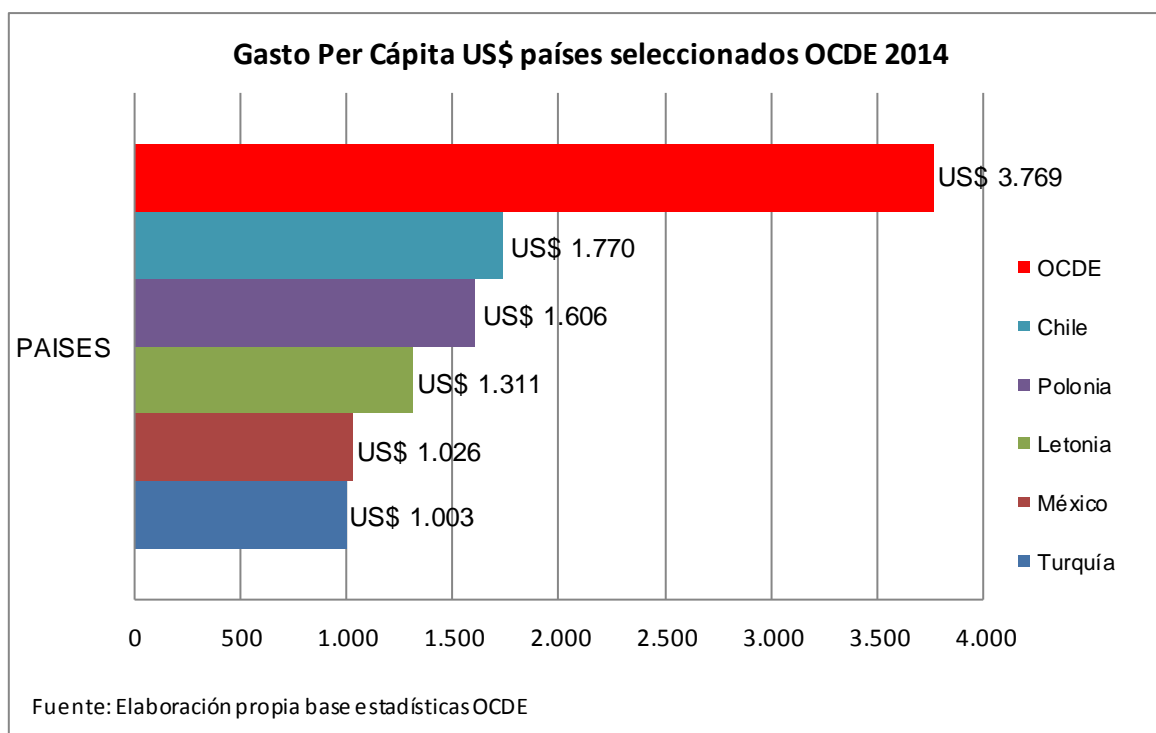
Cuadro 2.

<b>GASTO EN SALUD CHILE 2000-2014</b>								
<b>AÑOS</b>	<b>% PIB</b>			<b>US\$ PER CÁPITA</b>			<b>% GASTO EN SALUD</b>	
	PIB Privado	PIB Público	Total PIB	Privado	Público	Total	Privado	Público
2000	4,5	3,9	8,4	505	234	739	54%	46%
2001	4,3	4,0	8,3	569	250	819	52%	48%
2002	4,1	3,9	8,0	610	345	956	52%	48%
2003	3,8	3,7	7,5	650	360	1010	50%	50%
2004	3,6	3,6	7,2	676	380	1056	50%	50%
2005	3,3	3,5	6,8	678	403	1080	49%	51%
2006	3,0	3,3	6,3	710	443	1153	47%	53%
2007	3,0	3,4	6,4	748	456	1204	47%	53%
2008	3,2	3,7	6,9	806	478	1285	46%	54%
2009	3,2	4,3	7,5	886	576	1463	43%	57%
2010	3,2	4,2	7,4	905	616	1521	43%	57%
2011	3,3	4,2	7,5	946	616	1561	44%	56%
2012	3,5	4,4	7,9	968	663	1631	44%	56%
2013	3,8	4,6	8,4	1009	729	1738	45%	55%
2014	4,0	4,7	8,7	1009	761	1770	46%	54%

Fuente: Elaboración propia base estadísticas FONASA

Dentro de los países de la OCDE de 2014, como muestra la figura N° 9, los países con menor gasto per cápita en salud son Turquía US\$ 1.003, México US\$ 1.026, Letonia US\$ 1.311, Polonia US\$ 1.606 y Chile con un US\$ 1.770 muy por debajo del promedio de la OCDE de US\$ 3.769, de estos Chile tiene el mayor gasto privado, igual que Estados Unidos que destina en recursos US\$ 9.036 al año en servicios de salud, pero un poco más de la mitad corresponde a seguros privados (50,7%).

Figura 9.



### **3.3 La salud de Chile en comparación con los países de la OCDE**

Chile, incorporado a la comunidad OCDE desde el año 2010, registró en el 2014 indicadores de salud en aumento, como la esperanza de vida, tabaquismo, obesidad y mortalidad del cáncer, en comparación con el promedio de los demás países integrantes, sin embargo los indicadores en la atención sanitaria de la población, como el gasto total en salud, gasto per cápita, el gasto de bolsillo y recursos humanos (médicos y enfermeras) presentan un promedio por debajo de los países de la OCDE.

Primeramente se debe mencionar algunas variables importantes a considerar en la salud del país. Chile comenzó su proceso de envejecimiento en los años sesenta, momento en que la proporción de jóvenes comenzó a disminuir y los adultos mayores a aumentar. La población chilena se encuentra transitando desde la adultez a la vejez, constituyendo los adultos mayores cerca de un 15% de la población según INE 2014.

En el año 2012, la expectativa de vida en Chile ha aumentado más rápido que en la mayoría de los países de la OCDE, alcanzando los 78,8 años, es decir casi 15 años más desde 1970 a la fecha, siendo uno de los países con el mayor cambio en este indicador. Esto implica un enorme desafío para el país en materia de recursos que se deben destinar al cuidado de la salud y lograr una mejor calidad de vida de las personas en esta etapa, lo que significa tener bajo control sus enfermedades crónicas (Universidad San Sebastian, s.f). En el 2014 Chile presentó un promedio de 79,7 años.

Con respecto a los riesgos y la salud en Chile, dentro de la cifras con mayor incidencia, se encuentra la población con problemas de tabaquismo y obesidad. El porcentaje de personas adultas que fuman fue de 31,4% en Chile en 2014, una proporción por encima del promedio de los países de la OCDE de 22,9%, sólo Grecia tiene una tasa de fumadores frecuentes más alta que Chile de 35,4% y República Eslovaca con un 32,3%. Chile tiene la segunda prevalencia más alta de fumadores entre los adultos de los 35 países de la OCDE.

Las tasas de obesidad en Chile fue de un 25,1%, se encuentran entre las más altas de la OCDE de un 19%, uno de cada cuatro adultos en Chile eran obesos en el 2009, aunque menos que Estados Unidos 35.3% y México 32.4%. El aumento de los costos de atención médica debe ser esperado si estas tendencias no se abordan (OCDE, OECD Health Policy Overview, s.f). Estudios demuestran que la obesidad conlleva a varios problemas de salud, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, generando gastos de salud más elevados en el futuro.

Chile tiene tasas de supervivencia relativamente bajas, para las personas diagnosticadas con diferentes tipos de cáncer, como el cáncer de mama y cáncer de cuello uterino, aunque se ha logrado un progreso en el aumento de mamografía durante la última década, Chile aún tiene la segunda tasa de detección de cáncer de mama más baja entre los Países de la OCDE después de México. En el 2013 la cifras fueron para Chile de un 28,3%, OCDE un 58,8% y Finlandia un 83% (OCDE, OECD Health Policy Overview, s.f).

Con respecto al gasto total en salud, desde el 2009 en Chile ha aumentado más rápido que en cualquier otro país de la OCDE, especialmente influenciado por el sector público, sin embargo, el gasto en salud per cápita se sitúa bajo el promedio de las economías más desarrolladas, nuestro PIB per cápita es reducido y el gasto en salud es un cuarto de los países de la OCDE.

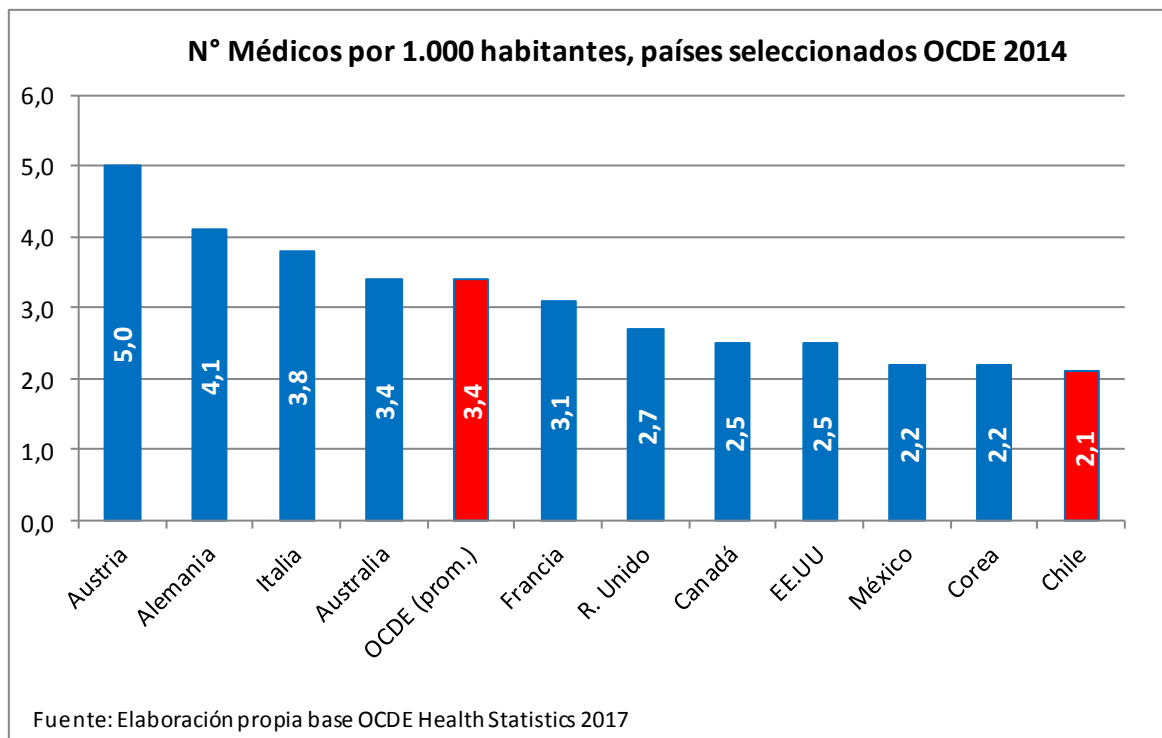
El gasto de bolsillo en salud en Chile (38,9%), es el sexto más alto entre los países de la OCDE, este gasto de desembolso directo con poca ayuda pública, crea barreras para acceder a los servicios de atención médica, especialmente en las familias de bajos recursos.

### **3.3.1 Recursos humanos en la salud de Chile**

La mayor crisis del sistema público es la falta de médicos, las especialidades médicas más deficitarias son medicina interna, anestesistas, cirujanos, pediatras, radiólogos, psiquiatras y geriatras. Los datos muestran que a nivel nacional existen 36 mil médicos y la gran mayoría se concentra en las regiones Metropolitana, del Bío Bío y de Valparaíso. A esta concentración se agrega que, según el Ministerio de Salud, para una atención adecuada faltan 3.795 médicos especialistas (El mostrador, 2017). Del total de médicos, el 40% de médicos especialistas trabajan en los hospitales públicos de Santiago, en la Región de Tarapacá el 1,5%, en Aysén el 1,4% y en Magallanes el 1,6%, produciendo una inequidad en salud en las regiones. El 56% de los médicos trabaja en el sector privado, debido a remuneraciones más altas, afectando a FONASA, cuyas prestaciones médicas deben realizarse mediante Modalidad de Libre Elección a

instituciones privadas pagando por sus servicios de salud. En la figura N° 10, se muestra la tasa de médicos en Chile, que se encuentra por debajo del promedio de la OCDE. En Chile la densidad de médicos en el año 2014, fue de 2,1 por 1.000 habitantes y el promedio de la OCDE fue de 3,4 liderado por Austria con 5,0 médicos por 1.000 habitantes.

Figura 10.



Este problema en el sistema de salud, no sólo se reflejó con los médicos, sino también con el personal de salud, como las enfermeras universitarias, existiendo 4,2 enfermeras por 1.000 habitantes en el año 2012 y el promedio de la OCDE de ese mismo año fue de 8,8 enfermeras, según Estadísticas de la OCDE 2014.

Algunos de los países de la OCDE con mayores recursos humanos de colaboración médica, fue Noruega con 16,5 enfermeras, Suiza con 15,6 enfermeras, Irlanda con 13 y Alemania con 12 enfermeras por 1.000 habitantes en el año 2012.

El análisis del período 2000 al 2014, se puede apreciar que la tasa de Licenciados en medicina en promedio fue de 6,4 y de la OCDE de 9,6 por 100.000 habitantes, situación similar ocurre con los egresados de enfermería por 100.000 habitantes, el promedio de Chile fue de 9,4 y de la OCDE 41,4, aunque en el año 2014 esta cifra aumento a 18,6, pero sigue siendo baja.

Sin embargo, se estima importante tomar en cuenta el siguiente comentario del citado informe: “Chile está en el proceso de implementar nuevos registros de doctores y enfermeras certificados que progresivamente incluirán a todos los doctores y enfermeras que trabajan en los sectores público y privado del país. Sin embargo, la cobertura de estos registros de profesionales sigue siendo parcial, por lo que los datos sobre el número de doctores y enfermeras derivados de esta fuente subestiman el número real” (OCDE, Estadísticas de salud, 2017). En promedio un médico estudia 10 años, por lo cual se dificulta una incorporación a corto plazo al sistema de salud.

Las principales recomendaciones de la OCDE para abordar los problemas de salud, dentro de las medidas sugeridas al país, entre ellas se encuentran la reducción del consumo del tabaco, Chile es uno de los países que más impuesto tiene al tabaco, de un 82% del valor final de la cajetilla de cigarrillos, como también

prohibir la exhibición del producto en venta y modificaciones en el empaquetado del producto.

Para abordar y combatir los niveles de obesidad, se debió aumentar el impuesto a las bebidas endulzadas con azúcar en un 20%, etiquetado obligatorio de los alimentos para la información de los consumidores (materia grasa, contenido de azúcar, sal), aumentar la pesquisa de pacientes en la atención primaria, incentivar la actividad física en colegios y en espacios públicos.

En la disminución del diagnóstico de cáncer, una mayor inversión en tecnología para la prevención y detección de la enfermedad en la atención primaria, estrategias de comunicación para promover la importancia de la detección, abordando las barreras geográficas, con implementación de equipos móviles y tele-radiología.

Por último, se deben abordar las barreras de acceso de financiamiento en la atención médica y reducir los gastos en medicamentos, particularmente para grupos con menos ingreso, crear un sistema de salud unificado para toda la población y también regular las farmacias privadas y abordar la escasez de mano de obra en la asistencia médica, usar incentivos para atraer a más estudiantes a las facultades de medicina, retener a los trabajadores, creando un pago seguro y atractivo y buenas condiciones de trabajo, incluidas oportunidades para continuar su desarrollo profesional (OCDE, Health policy in Chile, 2015).

### **3.4 Políticas públicas ejecutadas para mejorar la salud en Chile**

Para mejorar la salud de los chilenos, el gobierno ha incorporado y diseñado políticas públicas para enfrentar el estado de salud y los factores de riesgos que afectan al país. Para abordar el tabaquismo, Chile es parte de la Convención Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco desde el 2015, para tomar las medidas necesarias para combatir su consumo y exposición de humo de personas no fumadoras.

Desde el año 2013 existe un Proyecto de Ley en el Congreso, que prohíbe fumar en parques y plazas, introduciendo además el empaquetado genérico, el cual se encuentra aún en trámite. Además en el mes de febrero de ese mismo año, se creó la Ley N° 20.660, que introduce varias medidas para mejorar la salud del país, como la prohibición de fumar en lugares públicos cerrados, advertencia en las cajetillas para mostrar el daño que provoca fumar, prohibición de venta de cigarrillos a 100 metros de los colegios y prohibición de todo tipo de publicidad, promoción de su consumo, venta de cigarrillos individuales y aumentos de impuestos, correspondiente desde el 2015 de un 82% del precio del producto.

Chile registra las prevalencias más altas de tabaquismo en adultos (40,6% en mayores de 15 años) y la más elevada del mundo en jóvenes de sexo femenino de entre 13 y 15 años (39,9%). Cada año el tabaco causa la muerte de casi 16.500 chilenos, lo que implica un 18,5% del total de fallecimientos y cerca de 100.000 personas más enferman por patologías relacionadas con el consumo de cigarrillos (OMS, 2014).

El Gobierno ha introducido políticas públicas para combatir la obesidad en el país, en el 2014 lanzó una campaña a través de medios de comunicación para que los chilenos consumieran cinco porciones de frutas y vegetales al día, para cambiar malos hábitos de alimentación, promoviendo la alimentación saludable.

En el año 2012 se publicó la Ley N° 20.606 sobre la composición nutricional de los alimentos y su publicidad, que establece el etiquetado de advertencia en los productos que superan los límites establecidos por el Ministerio de Salud sobre calorías, grasas saturadas, azúcares y sodio, prohibiendo publicidad dirigida a los menores de 14 años y la venta de alimentos en establecimientos educacionales de pre-básica, básica y media. Una evaluación por parte del Ministerio de Salud encontró que un 44% de los consumidores usaron las etiquetas para comparar productos y 92% de ellos fueron motivados a comprar menos o comprar un producto diferente (Ministerio de Salud, Estudios de la OCDE sobre Salud Pública, 2017). A su vez las empresas de alimentos, han debido reformular sus productos pocos saludables, para transformarlos en saludables, reemplazando por ejemplo el azúcar por stevia.

En 2014, se aumentó el impuesto a las bebidas azucaradas en cinco puntos de 13% a 18%, pero aún falta para igualar a las cifras de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) de un 20%, en cambio las bebidas no azucaradas, tuvieron una rebaja de impuesto de un 13% a 10%.

El Ministerio de Salud en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social implementó importantes reformas de salud para combatir la obesidad como la creación de la Ley N° 20.670 de 2013 “Elige Vivir Sano”, que fomenta una

alimentación saludable, actividad física y actividades al aire libre, para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas. Se reformuló en el 2014 el programa y fue renombrado como “Elige Vivir Sano en Comunidad”, destinado a los jóvenes, adultos y adultos mayores, especialmente a los establecimientos educacionales, bajo el programa “Contrapeso” dirigido a la Junta Nacional de Auxilio y Becas (JUNAEB), promoviendo la alimentación, quioscos y colaciones saludables en los colegios, dándole mayor énfasis al no sedentarismo. Además también se han desarrollado estrategias para mejorar los entornos de los barrios, con la construcción de más parques y máquinas de ejercicios, estacionamientos y vías para bicicletas, así como el deporte en espacios públicos.

Según datos del MINSAL 3,9 millones de adultos chilenos sufren de obesidad, de estos 1,6 millones son hombres y 2,3 millones son mujeres, lo cual significa un 5% del gasto en salud en el país, uno de los más altos.

En la detección y prevención del cáncer, en Chile existen diferentes tipos de cánceres, como el cáncer de mama, cervicouterino, próstata, hígado y pulmón que están directamente asociados al estilo de vida de las personas, el sedentarismo, la obesidad y el tabaquismo.

En el país se han realizado Programas Nacionales para la reducción de diversos tipos de cáncer, mejorando los cuidados paliativos de pacientes con esta patología, incorporando al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) o ex Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas en Salud (AUGE) en el año 2005, diez tipos de cáncer, aumentando la financiación pública para su tratamiento.

El Ministerio de Salud de Chile incorpora la vacuna para el virus papiloma humano (VPH) a nivel escolar al Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) desde el año 2014 para prevenir el cáncer cérvicouterino, así también desde el año 2005 se vacuna contra la hepatitis B, para prevenir el cáncer de hígado.

Para la regularización en el mercado del sistema privado de salud, en abril de 2014 durante el gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, se firmó el Decreto N° 71 del Ministerio de Salud que creó la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud, cuyo objetivo principal es el financiamiento solidario del sistema, para crear a futuro un Fondo Mancomunado Universal entre FONASA y las ISAPRES, para lograr una salud más solidaria, igualitaria entre los beneficiarios del sector público y privado, no segmentada y con prestaciones universales, un fondo de salud universal que no funcione de acuerdo a la capacidad de pagos de las personas y de riesgos de enfermedades como en el sector privado.

Para enfrentar la escasez en las atenciones médicas y la reducción de la lista de espera no AUGE de los beneficiarios de FONASA, en el año 2014 el gobierno impulsó una iniciativa denominada “Plan Nacional de Ingreso, Formación y retención de Médicos y Especialistas”. Este se ha propuesto incorporar a 1.480 médicos en la Atención Primaria de Salud y formar 4.000 especialistas durante el período de gobierno, en línea con los nuevos desafíos sanitarios y las realidades de las redes de servicios públicos del país. Esta estrategia supone un aumento importante de los recursos destinados a la formación de profesionales de la Salud: M\$ 44.468.210, en 2014; a M\$ 80.118.147 en el año 2015; M\$ 100.000.000

en 2016 (Ministerio de Salud, Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud, 2015).

En términos legales, La Ley N° 20.850 “Ricarte Soto” publicada en junio de 2015, crea un sistema de protección financiera para diagnóstico y tratamiento de alto costo. Desde el 2016 se encuentra en trámite el Proyecto de Ley para establecer normas sobre trasplantes de células madre de cordón umbilical y placenta.

Finalmente con respecto al factor demográfico, el envejecimiento de la población, genera una mayor demanda en la atención en salud, aún no existen políticas públicas específicas, para enfrentar este fenómeno que se observa hace varios años en el país.

### **3.5 Propuestas para mejorar el sistema de salud chileno**

Para ayudar a futuro en el mejor funcionamiento del sistema público, el gobierno deberá aumentar la oferta de médicos, incorporando más cupos en su formación en las universidades del país, tomando en cuenta que en promedio un médico estudia 10 años, incluidos los 3 años de su especialización. Para lograr un incentivo de trabajo en el sector público, esta especialidad podría ser financiada por el Estado, para que el profesional de la salud adquiriera el compromiso de trabajar un período de tiempo en este sistema de salud y en aquellas ciudades de mayor déficit de médicos o bien estipular como requisito, que todo médico titulado debe pasar obligatoriamente por el sistema público.

Por otra parte, también se debe analizar las políticas de acceso de médicos graduados en el extranjero, quienes deben rendir un Examen Único Nacional de

Conocimientos de Medicina llamado EUNACOM, que es un examen teórico-práctico de medicina general que se aplica desde el año 2009, y que es la continuación directa del Examen Médico Nacional (EMN), examen teórico que se aplicó de 2003 a 2008. El examen encargado por el Estado a la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), institución privada, que fue responsable de la creación y administración del EMN (EUNACOM, 2017), el cual se realiza dos veces al año.

Este examen no es exigido a los médicos que trabajan en las instituciones privadas y sólo se exige a los que se desempeñan en el sector público, generando discriminación de oportunidades al ingreso en el sistema de salud, por lo tanto es conveniente una política de acceso igualitaria.

La escasez de médico en el sistema de salud público, es una problemática que ha tratado de ser solucionado por distintos gobiernos y que ha surgido desde décadas, afectando a los centros de salud, especialmente de las regiones más aisladas, por la poca oferta de personal médico y falta de incentivos para trabajar en ellos.

En Chile el sistema de salud está compuesto por tres niveles de atención, la Atención Primaria de Salud (APS) que corresponde al primer nivel de atención y que es administrado en su mayoría por la Municipalidad, sujeto a la disponibilidad de recursos presupuestarios de cada municipio para la contratación de médicos. En el nivel secundario, los pacientes son derivados para consultas de especialidad y en el nivel terciario corresponde a la atención cerrada u hospitalizada, estos

niveles son dependientes de la red asistencial de salud bajo la supervisión del Ministerio de Salud.

La APS es de acceso directo y de baja complejidad, para recibir atención médica los pacientes deben inscribirse en los centros de salud familiar o consultorios de su comuna. Este modelo del sistema primario al principio fue exclusivamente curativo, pero después de la Reforma del año 2000, su enfoque se dirigió a una salud más integral, donde se incluyó la promoción y prevención en la atención de salud. Además existe una brecha importante de recursos humanos entre el sector público y privado, la escasez de oferta de médicos del sector público, concretamente en la atención primaria donde la demanda de salud va en directa relación con el tamaño y crecimiento de la población. Según estudios del Banco Mundial sólo el 8% de los médicos del país en el año 2007 trabajó en APS. Por lo tanto, es fundamental que una de las medidas sea el fortalecimiento de la atención primaria, cuya atención se realice por médicos especialistas, para que el paciente no sea derivado a un hospital para la atención ambulatoria de especialidad. Según datos del MINSAL en el 2014 se encontraban en proceso de incorporación al sistema público de salud 713 becados, 1.113 en el año 2015, 1.103 en el 2016 y 864 en el 2017 (Ministerio de Salud, 2017). Una APS más resolutiva en la solución de problemas de sus usuarios y que no exista una sobrecarga de interconsultas al nivel secundario.

Una de las propuestas del gobierno del Presidente Sebastián Piñera, para que los médicos especialistas accedan a trabajar en el sector público, es potenciando su formación, otorgando incentivos laborales y el ingreso de médicos extranjeros.

## CONCLUSIONES

El sistema de salud chileno no es equitativo, existen diferencias entre ambos seguros, por una parte el Fondo Nacional de Salud tiene un concepto solidario y otorga atención médica a las personas indigentes, de clase media con empleo y cesantes, abarcando al 75,2% de la población, en cambio las Instituciones de Salud Previsional funcionan en base a planes individuales y diferenciados, de acuerdo al aporte individual-familiar del afiliado, quienes incluso pueden realizar cotizaciones adicionales voluntarias para poder mejorar su plan de salud cuando no es suficiente con el 7% de cotización obligatoria.

En los últimos años se ha diseñado e implementado diversas iniciativas legales que han abordado este problema. Se impulsaron varias reformas para poder reestructurar y mejorar el sistema de salud, dentro de las más importantes se encuentra el Régimen de Garantías Explícitas en Salud, que sin duda ha sido una buena iniciativa, pero lamentablemente no ha evidenciado un absoluto mejoramiento en la demanda de la atención médica, no logrando cumplir con todos los objetivos por lo cual fue creada.

En el país se destinaron recursos, para el sistema de salud público en promedio entre los años 2000 y 2014 de un 6,7% en proporción del PIB, derivados del aporte fiscal y de los asegurados para su financiamiento, siendo el gasto de bolsillo el impacto principal de las familias de menos recursos, quienes destinan más de su presupuesto familiar a la salud.

El sistema de salud debe considerar las necesidades de nuestra sociedad, los objetivos sanitarios, los cambios demográficos y tecnológicos que están surgiendo desde hace varias décadas y que seguirán sucediendo.

Se podría aspirar a reducir el gasto de bolsillo, aunque los hogares en Chile lo han disminuido desde el año 2008, este sigue siendo 1/3 del gasto total en salud, siendo el sexto más alto entre los países de la OCDE, también se puede aumentar la bonificación en las prestaciones médicas y entregar medicamentos de mejor calidad y de amplia variedad.

En los últimos años se han efectuado varias políticas públicas para abordar la falta de médicos en el sistema de salud, específicamente en el acceso directo e inmediato de la atención médica, como son los Centros de Salud Familiar o consultorios del país, sin cambios muy significativos. En relación a las enfermedades con la mayor tasa de incidencia, se logró por ejemplo un rol más participativo de FONASA en la promoción y prevención de la obesidad, que la atención primaria cuenta con un programa de orientación y actividad física para los pacientes con sobrepeso u obesidad, sin embargo las ISAPRES tienen una participación menos activa.

En relación con el análisis de la Organización para el Crecimiento y Desarrollo Económico (O.C.D.E), el gasto de salud en Chile seguirá mostrando una tendencia al alza, por lo tanto nuestro país debe considerar dentro de sus políticas públicas los cambios demográficos que afectan negativamente en el gasto total en salud.

Sin duda el envejecimiento de la población provoca una mayor demanda de atenciones médicas y más cantidad de medicamentos por las enfermedades que sufren los adultos mayores.

Otro factor importante son los cambios tecnológicos en medicina, la existencia de equipos médicos de alta complejidad, que implican tener una salud más avanzada y un personal capacitado en el manejo de estos equipos. El valor de la salud no sólo depende de las necesidades del individuo, sino también de las condiciones de vida y de trabajo.

Por último, sigue existiendo una brecha entre FONASA e ISAPRE que perjudican a sus beneficiarios y provocan barreras financieras para acceder a los servicios de atención médica y gastos en medicamentos que todavía son elevados.

De acuerdo a las recomendaciones de la OCDE, Chile ha avanzado en las últimas décadas, pero aún los recursos económicos son insuficientes si son analizarlos con el promedio de los países de la OCDE, teniendo el record de uno de los países más desigual de sus 35 miembros.

## ANEXOS

### Anexo N° 1

**TABLA C01**  
**ESTADÍSTICA DE LOS BENEFICIARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD**  
**Y SU PARTICIPACIÓN RESPECTO DE OTROS SISTEMAS**  
**NÚMERO DE PERSONAS, AÑOS 1990-2014**  
(a diciembre de cada año)

AÑO	Seguro	Part. Seg.	Seguros	Part. Seg.	Otros (3)	Part.	Población
	Público (1)	Público (%)	Privados (2)	Privados (%)		Otros (%)	
2000	10.157.686	65,6	3.092.195	20,0	2.234.851	14,4	15.484.732
2001	10.156.364	64,9	2.940.795	18,8	2.561.472	16,4	15.658.631
2002	10.327.218	65,6	2.828.228	18,0	2.597.608	16,5	15.753.054
2003	10.580.090	66,5	2.729.088	17,1	2.610.575	16,4	15.919.753
2004	10.910.702	67,8	2.678.432	16,7	2.494.359	15,5	16.083.493
2005	11.120.094	68,4	2.660.338	16,4	2.468.312	15,2	16.248.744
2006	11.479.384	69,9	2.684.554	16,4	2.254.582	13,7	16.418.520
2007	11.740.688	70,7	2.776.912	16,7	2.078.261	12,5	16.595.861
2008	12.248.257	73,0	2.780.396	16,6	1.753.157	10,4	16.781.810
2009	12.504.226	73,7	2.776.572	16,4	1.690.657	10,0	16.971.455
2010 (5)	12.731.506	74,2	2.825.618	16,5	1.603.711	9,3	17.160.835
2011	13.202.753	76,1	2.925.973	16,9	1.221.437	7,0	17.350.163
2012	13.377.082	76,3	3.064.076	17,5	1.097.031	6,3	17.538.189
2013	13.451.188	75,9	3.206.312	18,1	1.067.817	6,0	17.725.317
2014	13.468.265	75,2	3.308.927	18,5	1.135.539	6,3	17.912.731

**Nota:**

- (1) Considera a todos los beneficiarios de Seguro Público de Salud administrado por FONASA.
- (2) Considera a todos los beneficiarios de Seguros Privados de Salud administrados por el sistema de ISAPRES.
- (3) Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en los Seguros Público y Privados antes indicado.
- (4) Años 1990 a 2001 corresponde a Proyección INE 1990 - 2020 llevada a diciembre de cada año  
Desde año 2002 corresponde a Proyecto Corta INE llevada a diciembre de cada año
- (5) A partir del año 2010 el dato informado, relativo a población asegurada en FONASA, corresponde a una estadística del sistema de acreditación de beneficiarios más que una estimación.

**Fuente:** Estadísticas FONASA

## Anexo N° 2

**Tabla B02b**

**GASTO TOTAL EN SALUD, SU DESAGREGACIÓN EN GASTO PÚBLICO Y PRIVADO,  
Y SU PARTICIPACIÓN EN EL PIB, AÑOS 2000-2014**

(Millones de pesos año 2014)

AÑO	Gasto Total (1)		Aporte Público (2)		Gasto Privado (3)		PIB (4)
	MM\$ año 2014	% Part PIB	MM\$ año 2014	% Part PIB	MM\$ año 2014	% Part PIB	MM\$ año 2014
2000	5.327.349	8,4	2.450.013	3,9	2.877.336	4,5	63.278.114
2001	5.513.621	8,3	2.640.960	4,0	2.872.661	4,3	66.188.527
2002	5.468.140	8,0	2.646.159	3,9	2.821.981	4,1	68.586.424
2003	5.624.513	7,5	2.788.169	3,7	2.836.345	3,8	74.637.209
2004	6.045.073	7,2	3.035.409	3,6	3.009.664	3,6	83.929.371
2005	6.279.113	6,8	3.226.740	3,5	3.052.373	3,3	92.813.126
2006	6.759.257	6,3	3.582.738	3,3	3.176.518	3,0	107.516.453
2007	7.061.753	6,4	3.774.756	3,4	3.286.996	3,0	111.131.403
2008	7.562.392	6,9	4.055.369	3,7	3.507.024	3,2	108.863.601
2009	8.555.191	7,5	4.868.789	4,3	3.686.403	3,2	113.514.307
2010	9.452.798	7,5	5.361.300	4,2	4.091.498	3,2	126.871.547
2011	9.916.273	7,5	5.510.306	4,2	4.405.967	3,3	132.723.491
2012	10.981.668	7,9	6.105.709	4,4	4.875.958	3,5	139.091.702
2013	12.104.845	8,4	6.613.145	4,6	5.491.700	3,8	143.332.317
2014	12.882.336	8,8	6.962.677	4,7	5.919.659	4,0	147.184.925

**Nota:**

(1) Comprende todo el Gasto en Salud Público y Privado.

(2) Comprende Aporte Fiscal interinstitucional (MINSAL, FFAA y de Orden; MINEDUC) y Aporte Municipal, y la cotización obligatoria al seguro público y privado de salud (incluye aporte empleadores), se descuenta aporte de la cotización al SIL. También incluye ingreso operacional de las Mutualidades de Seguridad, descontando subsidios, pensiones e indemnización.

(3) Comprende copagos por servicios asistenciales en salud y prestaciones a privados, como también adquisición de medicamentos, deducible desde Cuentas Nacionales Consumo Final de Hogares Servicios Personales ámbito Salud, Banco Central, y cotización adicional voluntaria a Seguros Privados de Salud, Sistema Isapre.

(4) Producto Interno Bruto, cifras Banco Central.

**Fuente:** Estadísticas FONASA

## Anexo N° 3

**TABLA C01**  
**ESTADÍSTICA DE LOS BENEFICIARIOS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD**  
**Y SU PARTICIPACIÓN RESPECTO DE OTROS SISTEMAS**  
**NÚMERO DE PERSONAS, AÑOS 1990-2014**  
(a diciembre de cada año)

AÑO	Seguro	Part. Seg.	Seguros	Part. Seg.	Otros (3)	Part.	Población
	Público (1)	Público (%)	Privados (2)	Privados (%)		Otros (%)	
2000	10.157.686	65,6	3.092.195	20,0	2.234.851	14,4	15.484.732
2001	10.156.364	64,9	2.940.795	18,8	2.561.472	16,4	15.658.631
2002	10.327.218	65,6	2.828.228	18,0	2.597.608	16,5	15.753.054
2003	10.580.090	66,5	2.729.088	17,1	2.610.575	16,4	15.919.753
2004	10.910.702	67,8	2.678.432	16,7	2.494.359	15,5	16.083.493
2005	11.120.094	68,4	2.660.338	16,4	2.468.312	15,2	16.248.744
2006	11.479.384	69,9	2.684.554	16,4	2.254.582	13,7	16.418.520
2007	11.740.688	70,7	2.776.912	16,7	2.078.261	12,5	16.595.861
2008	12.248.257	73,0	2.780.396	16,6	1.753.157	10,4	16.781.810
2009	12.504.226	73,7	2.776.572	16,4	1.690.657	10,0	16.971.455
2010 (5)	12.731.506	74,2	2.825.618	16,5	1.603.711	9,3	17.160.835
2011	13.202.753	76,1	2.925.973	16,9	1.221.437	7,0	17.350.163
2012	13.377.082	76,3	3.064.076	17,5	1.097.031	6,3	17.538.189
2013	13.451.188	75,9	3.206.312	18,1	1.067.817	6,0	17.725.317
2014	13.468.265	75,2	3.308.927	18,5	1.135.539	6,3	17.912.731

**Nota:**

- (1) Considera a todos los beneficiarios de Seguro Público de Salud administrado por FONASA.
- (2) Considera a todos los beneficiarios de Seguros Privados de Salud administrados por el sistema de ISAPRES.
- (3) Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en los Seguros Público y Privados antes indicado.
- (4) Años 1990 a 2001 corresponde a Proyección INE 1990 - 2020 llevada a diciembre de cada año  
Desde año 2002 corresponde a Proyecto Corta INE llevada a diciembre de cada año
- (5) A partir del año 2010 el dato informado, relativo a población asegurada en FONASA, corresponde a una estadística del sistema de acreditación de beneficiarios más que una estimación.

**Fuente:** Estadísticas FONASA

## Anexo N° 4

**Tabla B01b**  
**GASTO TOTAL EN SALUD, DESAGREGADO EN GASTO PÚBLICO Y PRIVADO, AÑOS 2000-2014**

(Millones de pesos año 2014)

Año	Gasto Público				Gasto Privado				Gasto Total	
	Directo (1)		Indirecto (2)	%	Gasto de	%	Cotización Voluntaria	%	MM\$ año 2014	% Part.
	MM\$ año 2014	% Part.	MM\$ año 2014	Part.	Bolsillo (3) MM\$	Part.	(4)	Part.		
2000	1.021.441	19,2	1.428.573	26,8	2.590.238	48,6	287.098	5,4	5.327.349	100
2001	1.155.144	21,0	1.485.816	26,9	2.548.888	46,2	323.774	5,9	5.513.621	100
2002	1.110.088	20,3	1.536.071	28,1	2.504.753	45,8	317.228	5,8	5.468.140	100
2003	1.197.965	21,3	1.590.203	28,3	2.469.595	43,9	366.750	6,5	5.624.513	100
2004	1.359.791	22,5	1.675.618	27,7	2.605.022	43,1	404.642	6,7	6.045.073	100
2005	1.450.245	23,1	1.776.495	28,3	2.625.112	41,8	427.261	6,8	6.279.113	100
2006	1.704.168	25,2	1.878.570	27,8	2.726.874	40,3	449.644	6,7	6.759.257	100
2007	1.827.571	25,9	1.947.186	27,6	2.822.544	40,0	464.452	6,6	7.061.753	100
2008	2.005.969	26,5	2.049.400	27,1	2.992.789	39,6	514.235	6,8	7.562.392	100
2009	2.756.065	32,2	2.112.724	24,7	3.125.937	36,5	560.465	6,6	8.555.191	100
2010	3.068.603	32,5	2.292.697	24,3	3.470.318	36,7	621.180	6,6	9.452.798	100
2011	3.002.730	30,3	2.507.576	25,3	3.722.570	37,5	683.397	6,9	9.916.273	100
2012	3.314.929	30,2	2.790.780	25,4	4.123.106	37,5	752.852	6,9	10.981.668	100
2013	3.547.279	29,3	3.065.866	25,3	4.623.504	38,2	868.195	7,2	12.104.845	100
2014	3.841.973	29,8	3.120.704	24,2	5.010.181	38,9	909.478	7,1	12.882.336	100

**Nota:**

(1) Comprende Aporte Fiscal interinstitucional (MINSAL, FFAA y de Orden, MINEDUC) y Aporte Municipal en Salud.

(2) Comprende la cotización obligatoria al seguro público y privado de salud (incluye aporte empleadores), se descuenta aporte de la cotización al SIL. También incluye ingreso operacional de las Mutualidades de Seguridad, descontando subsidios, pensiones e indemnización.

(3) Comprende copagos por servicios asistenciales en salud y prestaciones a privados, como también adquisición de medicamentos, deducible desde Cuentas Nacionales Consumo Final de Hogares Servicios Personales ámbito Salud, Banco Central.

(4) Considera cotización adicional voluntaria a Seguros Privados de Salud, Sistema Isapre. También incluye cotización seguros de vida componente Salud.

(5) Tipo de Cambio US \$1 = Chi \$422,21

**Fuente:** Estadísticas FONASA

## Anexo N° 5

% GASTO EN SALUD PÚBLICO 2014		
<b>1</b>	<b>49,3</b>	<b>EE.UU</b>
<b>2</b>	<b>51,8</b>	<b>México</b>
<b>3</b>	<b>56,2</b>	<b>Corea</b>
<b>4</b>	<b>58,0</b>	<b>Grecia</b>
<b>5</b>	<b>59,9</b>	<b>Letonia</b>
<b>6</b>	<b>60,4</b>	<b>Chile</b>
7	62,7	Israel
8	64,0	Suiza
9	66,1	Portugal
11	67,4	Australia
10	67,1	Hungría
12	69,3	Irlanda
13	70,0	España
14	70,4	Canadá
15	70,7	Polonia
16	71,0	Eslovenia
17	74,9	Finlandia
18	75,5	Austria
19	75,6	Italia
20	75,7	Estonia
21	77,3	Bélgica
22	77,6	Turquía
23	78,8	Francia
24	79,6	R. Unido
25	80,1	N. Zelanda
26	80,2	Eslovaquia
27	80,8	Países Bajos
28	81,0	Islandia
29	82,4	Luxemburgo
30	83,4	Suecia
31	83,5	R.Checa
32	84,0	Dinamarca
33	84,1	Japón
34	84,3	Alemania
<b>35</b>	<b>85,3</b>	<b>Noruega</b>

Fuente: Estadísticas Data.ocde.org

## Anexo N° 6

% GASTO EN SALUD PRIVADO		
1	50,7	EE.UU
2	48,2	México
3	43,8	Corea
4	40,7	Grecia
5	40,1	Letonia
6	38,9	Chile
7	36,0	Suiza
8	35,6	Israel
9	33,9	Portugal
10	32,9	Hungría
11	32,6	Australia
12	30,7	Irlanda
13	30,0	España
14	29,6	Canadá
15	29,3	Polonia
16	29,0	Eslovenia
	<b>27,3</b>	<b>OCDE</b>
17	25,1	Finlandia
18	24,5	Austria
19	24,4	Italia
20	24,2	Estonia
21	22,7	Bélgica
22	22,4	Turquía
23	21,2	Francia
24	20,4	R. Unido
25	19,9	N. Zelanda
26	19,8	Eslovaquia
27	19,3	Países Bajos
28	19,0	Islandia
29	17,6	Luxemburgo
30	16,6	Suecia
31	16,5	R.Checa
32	16,0	Dinamarca
33	15,9	Japón
34	15,7	Alemania
35	14,7	Noruega

Fuente: Estadísticas Data.ocde.org

## Anexo N° 7

		US\$ PER CÁPITA		
		2014		
		Privado	Público	Total
1	EE.UU	4.578	4.457	9.036
2	Suiza	2.555	4.541	7.096
3	<b>Luxemburgo</b>	1.206	5.644	<b>6.850</b>
4	<b>Noruega</b>	903	5.234	<b>6.136</b>
5	<b>Países bajos</b>	1.029	4.293	<b>5.322</b>
6	<b>Alemania</b>	860	4.382	<b>5.200</b>
7	<b>Suecia</b>	860	4.310	<b>5.170</b>
8	Irlanda	1.560	3.522	5.082
9	Austria	1.226	3.775	5.001
10	Bélgica	1.059	3.597	4.656
11	Canadá	1.332	3.170	4.502
12	Francia	3.517	947	4.464
13	Australia	1.400	2.889	4.289
14	Japón	678	3.591	4.269
15	Dinamarca	784	4.121	4.096
16	R. Unido	812	3.177	3.989
17	Finlandia	988	2.947	3.935
18	Islandia	738	3.153	3.891
	<b>OCDE</b>	<b>1.074</b>	<b>2.718</b>	<b>3.769</b>
19	N. Zelanda	696	2.800	3.496
20	Italia	797	2.474	3.271
21	España	917	2.141	3.057
22	Eslovenia	767	1.880	2.647
23	Portugal	882	1.717	2.599
24	Israel	924	1.628	2.595
25	R.Checa	403	2.042	2.446
26	Corea	1.049	1.348	2.396
27	Grecia	855	1.217	2.099
28	Eslovaquia	397	1.611	2.009
29	Hungría	598	1.222	1.821
30	Estonia	430	1.342	1.773
31	<b>Chile</b>	<b>1.009</b>	<b>761</b>	<b>1.770</b>
32	Polonia	471	1.135	1.606
33	Letonia	526	785	1.311
34	México	495	532	1.026
35	Turquía	225	778	1.003

Estadísticas : Data.ocde.org

## REFERENCIAS

Dr. Carlos Molina Bustos, & Dr. Hernán Monasterio Irazoque. (2009). Historia de la Protección Social de la Salud en Chile. Chile: Leandro Urbina.

Marcelo Andía, Gabriel Bastias, Victoria Beaumont, Rodrigo Castro, Rafael Caviedes, Iris Delgado, y otros. (2009). Recetas para el Sector Salud. (R. Castro, Ed.) Santiago, Chile: Ediciones LYD.

## REFERENCIAS SITIO WEB

- Biblioteca de Congreso Nacional de Chile. (s.f). BCN. Recuperado el 13 de Abril de 2017, de [ww.leychile.cl](http://www.leychile.cl): <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=213493&idParte=0>
- Biblioteca de Congreso Nacional de Chile. (s.f). BCN. Recuperado el 15 de Abril de 2017, de [ww.leychile.cl](http://www.leychile.cl): <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f). BCN. Recuperado el 17 de Abril de 2017, de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102>: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=238102>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f). BCN. Recuperado el 20 de Abril de 2017, de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (s.f). BCN. Recuperado el 20 de Abril de 2017, de Plan GES o AUGE.
- BN Americas. (s.f). Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio. Recuperado el 02 de Noviembre de 2016, de [www.bnamericas.com](http://www.bnamericas.com): <http://www.bnamericas.com/company-profile/es/servicio-de-salud-valparaiso-san-antonio-servicio-de-salud-valparaiso-san-antonio>
- Chile Atiende. (24 de Agosto de 2016). Afiliación a Fonasa. Recuperado el 06 de Noviembre de 2016, de [www.chileatiende.gob.cl](http://www.chileatiende.gob.cl): <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/9715>
- Chile Atiende. (02 de Enero de 2016). Reconocimiento de cargas para Asignación Familiar (trabajadores dependientes). Recuperado el 08 de Noviembre de 2016, de [www.chileatiende.gob.cl](http://www.chileatiende.gob.cl): <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/ver/25878>
- Chile Atiende. (s.f). Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez. Recuperado el 03 de Diciembre de 2016, de [www.chileatiende.gob.cl](http://www.chileatiende.gob.cl): <https://www.chileatiende.gob.cl/servicios/ver/AO999>
- Chile Atiende. (s.f). Guía de trámites y beneficios del Estado. Recuperado el 04 de Noviembre de 2016, de [www.chileatiende.gob.cl](http://www.chileatiende.gob.cl): <https://www.chileatiende.gob.cl/>

- CIPER. (2015). Centro de Investigación Periodística. Recuperado el 23 de Octubre de 2016, de [www.ciperchile.cl](http://www.ciperchile.cl): <http://ciperchile.cl/2015/09/01/crisis-de-medicos-especialistas-en-la-salud-publica-las-causas-de-un-tumor-de-larga-data/>
- Definición.de. (2008-2017). Definición de Copago. Recuperado el 03 de Mayo de 2017, de <https://definicion.de/copago/>: <https://definicion.de/copago/>
- Dirección de Salud Municipal. (s.f). Servicios de Atención Primaria de Urgencias. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, [http://www.superweb5.com/saludelbosque.cl/servicios\\_de\\_atencion\\_primaria\\_de\\_urgencia.php](http://www.superweb5.com/saludelbosque.cl/servicios_de_atencion_primaria_de_urgencia.php):
- El mostrador. (17 de Enero de 2017). El limitado acceso a la salud en regiones. Recuperado el 02 de Enero de 2018, de [www.elmostrador.cl](http://www.elmostrador.cl): <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2017/01/17/el-limitado-acceso-a-la-salud-en-regiones-estudio-revela-que-40-de-especialistas-se-encuentran-en-santiago/>
- EMOL.Noticias. (2017). Chilenos son los que más gastan en Salud entre países OCDE. Recuperado el 12 de Mayo de 2017, de [www.emol.com](http://www.emol.com): <http://www.emol.com/noticias/nacional/2013/11/21/630960/estudio-senala-que-chilenos-son-los-que-mas-gastan-en-salud-entre-paises-ocde.html>
- EUNACOM. (13 de Diciembre de 2017). Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina. Recuperado el 09 de Enero de 2018, de [www.eunacom.cl](http://www.eunacom.cl): <http://www.eunacom.cl/>
- Fonasa. (s.f). Beneficiarios y Cargas. Recuperado el 08 de Noviembre de 2016, [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl): <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/beneficiarios-cargas>
- Fonasa. (s.f). Tramos y Copagos. Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl): <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/informacion-general/tramos>
- Gobierno de Chile. (s.f.). Indicadores Urbanos. Recuperado el 16 de Diciembre de 2016, de [www.observatoriourbano.cl](http://www.observatoriourbano.cl): [http://www.observatoriourbano.cl/indurb/indicadores.asp?id\\_user=&id\\_indicador=149&idComCiu=1](http://www.observatoriourbano.cl/indurb/indicadores.asp?id_user=&id_indicador=149&idComCiu=1)
- Guillermo Paraje - Antonio Infante. (Diciembre de 2014). La Reforma AUGE 10 Años Después. Recuperado el 16 de Abril de 2017, de [www.d.undp.org](http://www.d.undp.org): [http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp\\_cl\\_pobreza\\_cap2\\_reforma\\_AUGE.pdf](http://www.cl.undp.org/content/dam/chile/docs/pobreza/undp_cl_pobreza_cap2_reforma_AUGE.pdf)
- IPSUSS. (12 de Noviembre de 2017). Instituto de Políticas Públicas en Salud. Recuperado el 26 de Agosto de 2017, de <http://www.ipsuss.cl>: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/estadisticas-e-indicadores/medicamentos/gasto-de-dolsillo-en-salud/2017-11-12/015439.html>
- Ministerio de Salud. (04 de Agosto de 2015). Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud. Recuperado el 07 de Enero de 2018, de [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl): <http://www.minsal.cl/medicosespecialistas/>

- Ministerio de Salud. (2016). Servicio de Salud Maule. Recuperado el 13 de Diciembre de 2016, [http://www.hospitaldetalca.cl/2015/hdetalca/?page\\_id=3486](http://www.hospitaldetalca.cl/2015/hdetalca/?page_id=3486): [http://www.hospitaldetalca.cl/2015/hdetalca/?page\\_id=3486](http://www.hospitaldetalca.cl/2015/hdetalca/?page_id=3486)
- Ministerio de Salud. (2017). Estudios de la OCDE sobre Salud Pública. Recuperado el 05 de Enero de 2018, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%ABlica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Estudios de la OCDE sobre Salud Pública. Recuperado el 05 de Enero de 2018, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%ABlica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Estudios de la OCDE sobre Salud Pública. Recuperado el 07 de Enero de 2018, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/health/health-systems/Revisi%C3%B3n-OCDE-de-Salud-P%C3%ABlica-Chile-Evaluaci%C3%B3n-y-recomendaciones.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Santiago.
- Ministerio de Salud. (s.f). CRS Peñalolen Cordillera Oriente. Recuperado el 13 de Diciembre de 2016, de <http://www.crsorient.cl/>: <http://www.crsorient.cl/>
- Ministerio de Salud. (s.f). Misión y Funciones. Recuperado el 04 de Noviembre de 2016, de [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl): <http://web.minsal.cl/mision-y-funciones/>
- Ministerio de Salud. (s.f). Servicio de Salud Aconcagua. Recuperado el 04 de Noviembre de 2016, de [www.serviciodesaludaconcagua.cl](http://www.serviciodesaludaconcagua.cl): <http://www.serviciodesaludaconcagua.cl/>
- Ministerio de Salud. (s.f). Servicios de Salud. Recuperado el 02 de Noviembre de 2016, de [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl): <http://web.minsal.cl/servicios-de-salud/>
- Ministerio de Salud. (s.f). Consultorio Adosado de Especialidades (CAE). Recuperado el 15 de Diciembre de 2016, de <http://www.hospitaltalagante.cl/index.php/somos/atencion-cerrada/cae>: <http://www.hospitaltalagante.cl/index.php/somos/atencion-cerrada/cae>
- Observatorio Chileno de Salud Pública. (s.f). Estructura organizacional del SNSS. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de [www.ochisap.cl](http://www.ochisap.cl): <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional-del-snss>
- OCDE . (s.f). Mejores Políticas para una vida mejor. Recuperado el 15 de Mayo de 2017, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/centrodemexico/laocde/>
- OCDE. (2015). Health policy in Chile. Recuperado el 05 de Enero de 2018, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Chile-February-2016.pdf>
- OCDE. (2015). Health policy in Chile. Recuperado el 05 de Enero de 2018, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Chile-February-2016.pdf>
- OCDE. (2015). Health policy in Chile. Recuperado el 05 de Enero de 2018, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Chile-February-2016.pdf>

- OCDE. (2017). Estadísticas de salud. Recuperado el 02 de Enero de 2018, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/statistiques-sante.htm>
- OCDE. (s.f). O E C D Health Policy Overview. Recuperado el 10 de Agosto de 2017, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Chile-February-2016.pdf>
- OCDE. (s.f). O E C D Health Policy Overview. Recuperado el 10 de Agosto de 2017, de [www.oecd.org](http://www.oecd.org): <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Chile-February-2016.pdf>
- OCHISAP. (s.f.). Estructura organizacional del SNSS. Recuperado el 18 de Diciembre de 2016, de [www.ochisap.cl](http://www.ochisap.cl): <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional-del-snss>
- OMS. (11 de Septiembre de 2014). Chile Libre de Tabaco. Recuperado el 06 de Enero de 2018, de [www.chilelibredetabaco.cl](http://www.chilelibredetabaco.cl): <http://www.chilelibredetabaco.cl/2014/09/con-amplio-apoyo-politico-y-social-se-aprueba-alza-de-impuestos-al-tabaco-en-chile/#more-7517>
- Servicios Salud. (2009 - 2018). Establecimientos hospitalarios y de mayor complejidad. Recuperado el 18 de Diciembre de 2016, de <http://serviciossaludchile.com/atencion-terciaria>: <http://serviciossaludchile.com/atencion-terciaria>
- Superintendencia de Salud. (s.f). Chile Mejor. Recuperado el 02 de Noviembre de 2016, de [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl): <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-6081.html>
- Superintendencia de Salud. (s.f). Modalidad Libre Elección o M.L.E. Recuperado el 08 de Noviembre de 2016, de [www.supersalud.gob.cl](http://www.supersalud.gob.cl): <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-2383.html>
- Universidad San Sebastian. (s.f). Temas de Interés. Recuperado el 20 de Mayo de 2017, de [www.uss.cl](http://www.uss.cl): <http://www.uss.cl/blog/informe-ocde-chile-se-ubica-entre-los-paises-mas-fumadores-y-obesos/>
- Wikipedia. (21 de Septiembre de 2015). Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. Recuperado el 04 de Noviembre de 2016, de [es.wikipedia.org](https://es.wikipedia.org): [https://es.wikipedia.org/wiki/Servicio\\_de\\_Salud\\_Vi%C3%B1a\\_del\\_Mar-Quillota](https://es.wikipedia.org/wiki/Servicio_de_Salud_Vi%C3%B1a_del_Mar-Quillota)
- Wikipedia. (10 de Octubre de 2016). Organización de los establecimientos de salud en Chile. Recuperado el 08 de Noviembre de 2016, de [es.wikipedia.org](https://es.wikipedia.org): [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_de\\_los\\_establecimientos\\_de\\_salud\\_en\\_Chile#Estaci.C3.B3n\\_M.C3.A9dico\\_Rural\\_.28EMR.29](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_de_los_establecimientos_de_salud_en_Chile#Estaci.C3.B3n_M.C3.A9dico_Rural_.28EMR.29)
- Wikipedia. (10 de Octubre de 2016). Organización de los establecimientos de salud en Chile. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de [es.wikipedia.org](https://es.wikipedia.org): [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_de\\_los\\_establecimientos\\_de\\_salud\\_en\\_Chile#Estaci.C3.B3n\\_M.C3.A9dico\\_Rural\\_.28EMR.29](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_de_los_establecimientos_de_salud_en_Chile#Estaci.C3.B3n_M.C3.A9dico_Rural_.28EMR.29)
- Wikipedia. (22 de Octubre de 2016). Organización de los establecimientos de salud en Chile. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de [es.wikipedia.org](https://es.wikipedia.org): [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_de\\_los\\_establecimientos\\_de\\_salud\\_en\\_Chile#Estaci.C3.B3n\\_M.C3.A9dico\\_Rural\\_.28EMR.29](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_de_los_establecimientos_de_salud_en_Chile#Estaci.C3.B3n_M.C3.A9dico_Rural_.28EMR.29)

- Wikipedia. (22 de Octubre de 2016). Organización de los establecimientos de salud en Chile. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de es.wikipedia.org: [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_de\\_los\\_establecimientos\\_de\\_salud\\_en\\_Chile#Estaci.C3.B3n\\_M.C3.A9dico\\_Rural\\_.28EMR.29](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_de_los_establecimientos_de_salud_en_Chile#Estaci.C3.B3n_M.C3.A9dico_Rural_.28EMR.29)
- Wikipedia. (22 de Octubre de 2016). Organización de los establecimientos de salud en Chile. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de es.wikipedia.org: [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_de\\_los\\_establecimientos\\_de\\_salud\\_en\\_Chile#Estaci.C3.B3n\\_M.C3.A9dico\\_Rural\\_.28EMR.29](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_de_los_establecimientos_de_salud_en_Chile#Estaci.C3.B3n_M.C3.A9dico_Rural_.28EMR.29)
- Wikipedia. (22 de Octubre de 2016). Organización de los establecimientos de salud en Chile. Recuperado el 12 de Diciembre de 2016, de es.wikipedia.org: [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_de\\_los\\_establecimientos\\_de\\_salud\\_en\\_Chile#Estaci.C3.B3n\\_M.C3.A9dico\\_Rural\\_.28EMR.29](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_de_los_establecimientos_de_salud_en_Chile#Estaci.C3.B3n_M.C3.A9dico_Rural_.28EMR.29)
- Wikipedia. (22 de Octubre de 2016). Organización de los establecimientos de salud en Chile. Recuperado el 12 de Diciembre de 2016, de es.wikipedia.org: [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_de\\_los\\_establecimientos\\_de\\_salud\\_en\\_Chile#Estaci.C3.B3n\\_M.C3.A9dico\\_Rural\\_.28EMR.29](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_de_los_establecimientos_de_salud_en_Chile#Estaci.C3.B3n_M.C3.A9dico_Rural_.28EMR.29)
- Wikipedia. (22 de Octubre de 2016). Organización de los establecimientos de salud en Chile. Recuperado el 13 de Diciembre de 2016, de es.wikipedia.org: [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_de\\_los\\_establecimientos\\_de\\_salud\\_en\\_Chile#Estaci.C3.B3n\\_M.C3.A9dico\\_Rural\\_.28EMR.29](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_de_los_establecimientos_de_salud_en_Chile#Estaci.C3.B3n_M.C3.A9dico_Rural_.28EMR.29)
- Wikipedia. (21 de Noviembre de 2016). Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Recuperado el 16 de Mayo de 2017, de es.wikipedia.org: [https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n\\_para\\_la\\_Cooperaci%C3%B3n\\_y\\_el\\_Desarrollo\\_Econ%C3%B3micos](https://es.wikipedia.org/wiki/Organizaci%C3%B3n_para_la_Cooperaci%C3%B3n_y_el_Desarrollo_Econ%C3%B3micos)