

SPAN 4180

Borrador final del Artículo Científico

Análisis del sistema sanitario chileno: Éxitos y desafíos relacionados con un sistema dual de
seguro nacional y seguro libre vs. privado

Katherine Stricker

Dra. Arelis Moore

28 de abril de 2023

Resumen

A lo largo de esta investigación, se abordó el tipo de sistema sanitario además de una medición de su éxito basada en cinco indicadores. Mediante la revisión de la literatura previa y la observación de las tasas actuales de resultados sanitarios en Chile, se realizó un análisis de su sistema y se ofrecieron las recomendaciones necesarias. En general, Chile tiene un sistema sanitario mixto en el que los ciudadanos tienen deducciones automáticas de su nómina para el seguro sanitario público, o pueden optar por un seguro privado en el que pagarían una cuota adicional. Como resultado de varias reformas emprendidas por diferentes líderes chilenos y de la dedicación a las preocupaciones de su población, el éxito del sistema sanitario y los resultados positivos en materia de salud han sido, y siguen siendo, objetivos centrales para Chile. Aunque diversos índices muestran interacciones positivas entre los chilenos y su percepción del sistema sanitario, existen altas tasas de enfermedades transmisibles que aún deben abordarse. Además, los pagos de bolsillo por los servicios varían en función de la fuente de cobertura, y pueden ser un factor a la hora de que un ciudadano obtenga o no atención sanitaria. Por ello, las recomendaciones para el éxito continuado de la atención sanitaria serían invertir más dinero y recursos en la atención preventiva y una mayor colaboración entre los sectores público y privado.

Introducción

En este artículo se analizará el sistema de salud chileno, examinando, a través de una revisión de la literatura, cómo se creó, cómo está estructurado, y su nivel de desempeño actual. Chile está ubicado en la región suroeste de Sudamérica, entre Argentina, Bolivia, y Perú por tierra y bordeando el océano Pacífico Sur por mar. El clima puede describirse como templado, con el desierto de Atacama en el norte - el desierto más árido del mundo -, el Mediterráneo en el centro y climas frescos y húmedos en el sur (The World Factbook, 2023). Chile tiene muchas

cordilleras bajas y costeras que contienen fértiles valles centrales y está ubicado a lo largo del Anillo de Fuego, un cinturón de volcanes activos y epicentros de terremotos. La más famosa es la cordillera de los Andes, que atraviesa casi todo el país. Los recursos naturales más populares en Chile son el cobre, la madera, el mineral de hierro, los nitratos y la energía hidroeléctrica (The World Factbook, 2023).

Los colonizadores españoles llegaron a Chile en el siglo XVI, por lo que fue territorio de España desde 1540 hasta 1818. El proceso de independencia comenzó con el establecimiento de la Primera Junta de Gobierno el 18 de septiembre de 1810 después de que Napoleón I detuviera al rey Ferdinand VII en España (Biblioteca Nacional de Chile, n.d.b). Este evento inició el periodo llamado Patria Vieja, que se prolongó hasta la batalla de Rancagua en 1814. Finalmente, bajo el gobierno del Director Supremo Bernardo O'Higgins, la Independencia de Chile se declaró el 12 de febrero de 1818 (Biblioteca Nacional de Chile, n.d.a).

El 11 de septiembre de 1973, Augusto Pinochet tomó el poder en Chile en un golpe de Estado contra el entonces presidente, Salvador Allende. Las bases del sistema de salud chileno actual fueron diseñadas e implementadas bajo la dictadura de Pinochet. Hasta finales de la década de 1970, existían dos sistemas paralelos de la salud - el Servicio Nacional de Salud (SNS), y el Servicio Médico Nacional para Empleados (SERMENA), o sea el modelo de organización del sistema era el de Seguridad Social o Bismarck. No obstante, al final del 1979, la ley 2763 redefinió la estructura del sector público - unió el SNS y el SERMENA para formar el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). También, delegó la función fiscal al Fondo Nacional de Salud (FONASA), y creó el Instituto Nacional de Salud Pública, la Central de Abastecimiento (CENABAST), y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) (Bossert et al., 2000, p. 6).

En Chile viven casi 19 millones de personas, con igual porcentaje de hombres y mujeres en la población. La población chilena tiene una esperanza de vida de 79 años, con una tasa de crecimiento anual de la población del 0,66%. Los blancos y no indígenas forman la mayoría de la población (88,9%), seguidos por los Mapuches, un grupo indígena del centro-sur de Chile (9,1%), y luego el 1% de grupos indígenas como los Rapa Nui, Likan Antai, Quechua y Colla (The World Factbook, 2023). El número de inmigrantes ha crecido mucho en los años recientes, y en 2022 el porcentaje creció a 10%. Los venezolanos representan la mitad de los inmigrantes en Chile, seguidos de personas procedentes de otros países sudamericanos, y del resto del mundo (Romero, 2022). La población chilena es relativamente joven: la mayoría de la población tiene 54 años o menor. La edad media es de 35,5 años, siendo las mujeres ligeramente mayores que los hombres. El 90% de la población está ubicada en el tercio medio del país, rodeando la capital de Santiago. El extremo norte y el extremo sur están relativamente poco poblados. En cifras, el 88% de la población total vive en zonas urbanas (The World Factbook, 2023).

En cuanto al perfil socioeconómico, el producto interior bruto (PIB) per cápita es de 16.265,10 dólares. En 2020, el 9,8% del gasto del PIB fue destinado a salud y el 5,6% a educación. Chile ha mejorado su tasa de pobreza durante las dos últimas décadas, pero todavía existe una grave desigualdad de ingresos (The World Factbook, 2023). La distribución del ingreso familiar es del 44,9%, y el 8,6% de la población vive bajo la línea de pobreza. Esta brecha es 65% más amplia que el promedio de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Además, según un estudio de 2018, los ingresos de los ricos son 13,6 veces superiores a los de los pobres (Laing et al., 2019). Chile hace que su sistema de educación sea accesible para los niños. Hay una ley que obliga a ir a la escuela primaria y secundaria. Además, el gobierno proporciona muchos vales que cubren a la mayoría de los

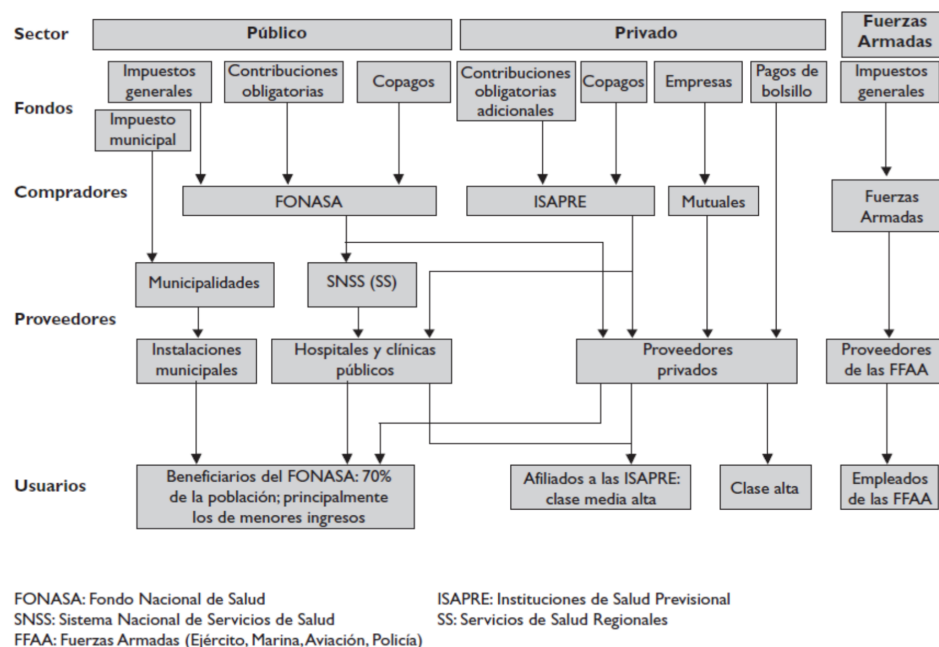
estudiantes. Las escuelas son públicas, gestionadas por los municipios, o privadas, que reciben subsidios del gobierno (Ministerio de Educación, 2009). Como resultado, la tasa de alfabetización es muy alta, con un 97% de la población alfabetizada (UNESCO Institute for Statistics, 2022). Además de las tasas altas de educación, el país entero tiene acceso a servicios básicos de saneamiento (World Health Organization (WHO) & UNICEF Joint Monitoring Program, 2021) Esto significa que Chile no sólo no tiene problemas de agua contaminada, sino que además es capaz de mantener unas condiciones higiénicas. Junto con el agua, todos los chilenos tienen acceso a la electricidad (World Bank Global Electrification et al., 2021).

Como tal, durante esta investigación, las siguientes preguntas serán discutidas: ¿Cómo ha evolucionado el sistema sanitario chileno hasta convertirse en un sistema dual? Y el hecho de tener múltiples opciones de seguro, ¿beneficia al pueblo chileno? ¿Ha resultado un sistema eficiente y equitativo? Para realizar esta investigación, se investigará la literatura sobre los indicadores y las condiciones de un sistema de salud y el proceso de la descentralización. Se incluirán artículos de los últimos veinticinco años para poder hacer una evaluación teniendo en cuenta el tiempo transcurrido y si los cambios han tenido un impacto duradero o deben mejorarse. Durante el resto del artículo científico, se discutirá el modelo del sistema de salud chileno como su desarrollo, reforma y gestión, y se analizarán indicadores como calidad y cobertura, efectividad, eficiencia y equidad.

El modelo de organización del sistema de salud chileno

Chile es un país bastante interesante en términos de su sistema de salud porque se divide en un sistema sanitario dual en el que los chilenos pueden optar voluntariamente por un seguro público o por cualquier seguro privado. Los chilenos tienen la opción del seguro nacional de salud, o seguro popular, y del seguro libre o privado, o modelo de mercado libre (Figura 1). La

mayoría de la población, casi el 70%, opta por el seguro público, el 25% por el seguro privado, y el 5% no tiene afiliación (OECD, 2019, p. 6). Bajo la dictadura militar de Augusto Pinochet, Chile experimentó grandes cambios en su sistema sanitario. Pinochet privatizó muchas industrias dentro de la economía, y en cuanto al sistema de salud, recortó los fondos destinados al gasto sanitario público, promulgó la descentralización y creó fondos de seguros sanitarios privados además del actual plan de seguros sanitarios públicos (Bruce, 2017). Como resultado de su dictadura, Chile quedó con un sistema que sigue existiendo hoy en día.



Primero, con el sector público, los fondos provienen de los impuestos generales, las contribuciones obligatorias, y los copagos y forman FONASA. Los impuestos generales equivalen al 7% del salario de cada trabajador. FONASA sirve para recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector público de salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2002). FONASA se desglosa en cuatro grupos -A, B, C, D- en función de los ingresos mensuales, donde el grupo A pertenece a los grupos indígenas y de menores recursos económicos. A partir de ahí, los grupos B, C y D categorizan a los chilenos según su renta

imponible mensual, desde menos de \$276.000 hasta más de \$402.961 (Romão, 2020). En el sector público, los servicios están coordinados por el SNSS, que se compone de varios servicios descentralizados distribuidos en las 15 regiones del país (Goldstein, 2018). En el sector público, los servicios de atención primaria están relativamente bien organizados y prestan servicios gratuitos de medicina, odontología, enfermería, y más en los centros de salud locales administrados por los municipios locales. Este nivel también tiene iniciativas de salud pública, como vacunaciones y programas nutricionales. La atención secundaria y terciaria en el sector público contiene ambulatorios y hospitales con diversos niveles de complejidad de los servicios. Por lo tanto, a nivel de proveedores, los asegurados del FONASA tienen dos posibilidades de acceso a la atención de salud - pueden utilizar la red pública de prestadores, o pueden elegir dentro de prestadores públicos y privados que trabajan en conjunto con FONASA (OPS, 2002).

La otra opción es el seguro privado, en el que la gente contribuye una tarifa además de las contribuciones obligatorias. Como tales, los asegurados forman parte de la clase media-alta. La ISAPRE, y no FONASA, cobra los pagos de las aseguradoras y luego se encarga de administrar los servicios de salud. El sector privado se centra principalmente en ofrecer atención secundaria y terciaria en lugar de atención primaria, por lo que el nivel de atención es mucho más alto (Cerdeira et al., 2022). Existen diferentes planes que una persona o familia puede pagar dependiendo de los servicios que crea que va a necesitar, sin embargo, todas las aseguradoras tienen cobertura sobre exámenes de medicina preventiva, seguro de pago por enfermedad y protección para mujeres embarazadas y niños menores de seis años (Bruce, 2017). Existe una alta tasa de rotación de la población asegurada, lo que reduce el incentivo para ISAPRE a invertir en iniciativas de prevención y salud pública, o atención primaria (OECD, 2019, p 21).

El proceso de descentralización de la gestión

Como se ha mencionado anteriormente, la ley 2763 tuvo un gran impacto en la estructura del sistema de salud público y empezó los procesos de descentralización (Bruce, 2017). Chile se vio afectado principalmente por la desconcentración y la descentralización que reestructuraron por completo su sistema sanitario. El inicio de la descentralización puede considerarse como el avance de Chile hacia la privatización y la reducción de los gastos relacionados con la sanidad (Bossert et al., 2000, p. 10). La descentralización quiso establecer una relación más estrecha entre el financiamiento y la calidad de los servicios (Bruce, 2017).

En el proceso de desconcentración de 1980 el ministerio de salud aún tenía la función principal de definir las políticas y los programas de salud, y coordinar las interacciones entre los proveedores y las organizaciones a ese nivel. Además, supervisaba y evaluaba los programas sanitarios y gestionaba el presupuesto general. La desconcentración regional y local creó 26 servicios regionales de salud, que abarcaban todo el país y eran responsables de la prestación de servicios sanitarios. Dentro de los servicios, se centró en los programas de la promoción de la salud y planes de protección, y también realizó estos programas y servicios por una red de hospitales y clínicas. La Ley 2763 delegó la función fiscal a la nueva organización, FONASA (Bruce, 2017).

La devolución en Chile empezó en 1981. Durante esta época, transfirió la administración de los centros de atención primaria desde el SNSS hasta los 341 municipios por todo el país, delegándoles las funciones programáticas, de mantenimiento, y fiscales (Bruce, 2017). Las razones por la cual eran: transferir la toma de decisiones al nivel local, entender más las necesidades de la población local, aumentar la participación de la comunidad, utilizar recursos para mejorar la infraestructura y el funcionamiento de atención primaria, y permitir una mejor

coordinación entre los programas sociales a nivel local. En términos de funciones programáticas, los municipios tenían que proveer la atención primaria y servicios como vacunación mientras que las instalaciones públicas tenían que proveer a los pacientes remitidos cuidado secundaria y terciaria (Bruce, 2017). A los municipios también se les concedieron mayor autoridad fiscal sobre permisos, tasas e incluso impuestos sobre la propiedad. Por último, las funciones de mantenimiento establecieron el Fondo Común Municipal (FCM), en el que el 60% de los ingresos por impuestos sobre la propiedad de todos los municipios se redistribuyeron entre los municipios según el nivel de ruralidad y pobreza. Los municipios pudieron asignar los ingresos a la compra de insumos, por ejemplo, que luego se destinarán a los programas gestionados por los gobiernos locales (Bossert et al., 2000, p. 6).

El proceso de la reforma en Chile se diferenció del de otros países en que no involucraba la participación del electorado, los consumidores o los proveedores. El gobierno militar hizo esto para marginar al Colegio Médico, despolitizar y organizar el proceso técnico del gobierno militar (Bossert et al., 2000, p 12). También, hizo que las uniones no pudieran oponerse organizadamente a esta reforma. Esta eliminación del Colegio fue importante para la descentralización porque los médicos dentro del SNS no querían la privatización del seguro por la ISAPRE ni la devolución de la atención primaria de salud. La transferencia de personal al sector privado introdujo importantes problemas, como los bajos salarios y la imposibilidad de ascender o promocionarse. Esto provocó las protestas del personal sanitario durante la década de 1980 y, finalmente, la suspensión del proceso de devolución durante un par de años (Bossert et al., 2000, p 13).

La reforma del sistema de salud

El sistema sanitario chileno experimentó una drástica reforma bajo el dictador Pinochet en 1973. Antes de ese año, el cambio más significativo de su sistema sanitario tuvo lugar en 1920, cuando Chile implantó un sistema de seguridad social destinado a proporcionar diversas prestaciones, incluida la renta de jubilación, a las personas mayores (Ruiz-Tagle & Castro, 1998). En 1938, la Ley de Salud Preventiva animó a los trabajadores de cuello blanco de los sectores público, financiero y manufacturero a crear su propio programa de salud, SERMENA. Este programa evolucionó hasta convertirse en un plan de seguro médico administrado por el gobierno que pagaba a médicos privados. Hasta la década de 1950, el sistema sanitario chileno seguía siendo en gran medida una mezcla de instituciones privadas de beneficencia y centros públicos. Sin embargo, en 1952, las autoridades crearon el Sistema Nacional de Salud (SNS), gestionado por el Estado (Bruce, 2017). El SNS se financiaba con un impuesto general y ponía la financiación y la prestación de los servicios sanitarios bajo control público. Con ello se pretendía dar cobertura al 70% más pobre de la población y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal (Méndez et al., 2020).

Tras las distintas formas de descentralización de Pinochet en los años 70 y 80, el siguiente proceso de reforma de mayor envergadura se produjo a principios de la década de 2000 de la mano del Presidente Ricardo Lagos. Su intención era fortalecer el sector público, sin eclipsar el sistema privado de salud. El Congreso aprobó la reforma denominada Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que seleccionaba 56 problemas de salud y garantiza soluciones a todos los pacientes asegurados. Entre las preocupaciones se incluían recibir atención de acuerdo con las directrices clínicas y reducir los tiempos de espera para el diagnóstico, el tratamiento o el seguimiento (Bossert & Leisewitz, 2016, p 2). Durante sus primeras etapas, el

AUGE tuvo éxito en la mejora de la calidad de determinados servicios, la reducción de las tasas de mortalidad y la mejora del acceso y el estado de salud. Sin embargo, la implementación fue inconsistente y los tiempos de espera crecieron significativamente, especialmente para aquellos que no estaban cubiertos por este programa (Bossert & Leisewitz, 2016, p 3).

Más recientemente, en 2019, el descontento social generalizado planteó la cuestión de la reforma sanitaria como uno de los principales puntos que debían abordarse en el país. En concreto, los chilenos estaban molestos con el débil sistema de pensiones individualizadas, que estaba dejando a las personas en el momento de la jubilación con una financiación de nivel de pobreza (Bossert & Villalobos Dintrans, 2020, p 41). También había largas colas de espera para recibir tratamiento en los centros sanitarios públicos, y un acceso desigual para el 80% de la población que no estaba cubierta por un seguro privado. El entonces Presidente Sebastián Piñera propuso una serie de reformas, denominadas Nueva Agenda Social, que incluían reformas sociales, económicas, sanitarias y de seguridad para abordar los principales problemas. Sin embargo, como resultado de la división del Congreso, esta Agenda no ha sido aprobada (Bossert & Villalobos Dintrans, 2020, p 43-44).

La dimensión económica del sistema de salud

El sistema de salud chileno está compuesto por un sistema de financiamiento mixto proveniente tanto del sector público como del privado. El sistema público se financia con fondos estatales provenientes de FONASA, mientras que el sistema privado se financia con las familias a través de los planes de salud ofrecidos por las ISAPRE (Cerdeira et al., 2022). En 2021, el sistema de salud chileno se financió mayoritariamente con impuestos generales y cotizaciones sobre la nómina salarial, constituyendo el 54% del presupuesto total. Los trabajadores deben pagar el 7% de sus ingresos brutos en concepto de cotizaciones sanitarias obligatorias. Además de este

impuesto, para el sistema público existe una contribución del gobierno a través de transferencias directas. Para el sistema privado, la cantidad que una persona paga además de su contribución obligatoria variará en función del plan que elija (Cerdeira et al., 2022). En 2019, el 4,4% del gasto público se destinó a servicios sanitarios (OCDE, 2021, p 87). En 2020, la sanidad representó el 9,4% del producto interior bruto de Chile (Mendoza, 2022).

La evaluación de las condiciones y el desempeño del sistema de salud

Al evaluar las condiciones de un sistema sanitario, es esencial fijarse en la calidad y la cobertura del sistema. En cuanto al rendimiento, deben analizarse indicadores como la eficacia, la eficiencia, la eficiencia técnica y la equidad. La calidad se refiere a las interacciones entre el profesional sanitario y el paciente, y evalúa el tratamiento y las condiciones sobre todo de la experiencia del paciente. Cobertura también se utiliza para supervisar las condiciones de un sistema sanitario, pero examina resultados más cuantitativos, como el número de edificios sanitarios y de personal por zona geográfica (Martínez et al., 2011). La eficacia de un sistema sanitario es importante para garantizar una atención adecuada y precisa a los pacientes y medir los resultados de la asistencia a largo plazo. La eficiencia se refiere a maximizar los resultados para producir bienes o servicios para la sociedad al menor coste posible. La eficiencia técnica está relacionada con la eficacia, pero se centra más en los recursos utilizados y en si pueden aprovecharse para ser lo más productivos posible. La equidad en salud pretende ayudar a todas las personas a conseguir resultados sanitarios óptimos independientemente de su condición social u otros factores determinantes de la salud (Quintero et al., 2022).

La evaluación de las condiciones del sistema de salud: calidad y cobertura

La Calidad

El primer indicador, índice del sistema sanitario, se refiere a la estimación de la calidad global del sistema sanitario, profesionales sanitarios, equipamiento, personal, médicos, y más. En 2023, en Chile, la tasa es del 63,7%, mientras en Argentina, también en 2023, la tasa es del 68,79% (Numbeo, 2023). En cuanto a la capacidad y competencia del personal médico en Chile en 2023, sólo el 71,59% de los chilenos están satisfechos con este estándar, mientras que en Argentina en 2023, el 80,82% de los argentinos están satisfechos (Numbeo, 2023). Este año, en 2023, sólo el 64,27% de los chilenos estaba satisfecho con la amabilidad y cortesía del personal, mientras que el 72,34% de los argentinos lo estaba (Numbeo, 2023). Estas cifras muestran que Chile tuvo tasas más bajas de satisfacción del paciente para cada medida y, aunque la mayoría de los chilenos se sienten muy satisfechos con la atención que han recibido, todavía hay un número significativo, en comparación con Argentina, que siente que la calidad del sistema de salud podría mejorar.

La Cobertura

En 2019, había 2,1 camas por cada 1.000 habitantes en Chile, y en 2017 solo 1,9 camas por cada 1.000 habitantes en promedio en América Latina (WHO, 2020, 2018). En relación al personal, había 2,8 proveedores por cada 1.000 habitantes en 2020 en Chile, y 2,4 proveedores por cada 1.000 habitantes de media en 2018 para toda Latinoamérica (WHO & OECD, 2021b, 2019). Por último, en 2020, Chile contaba con una cobertura completa de seguros a través de FONASA, ISAPRE y Seguro de las Fuerzas Armadas (OECD, 2019, p. 6). En 2019, sólo el 77% de los latinoamericanos tenía cobertura, lo que representa una caída significativa respecto de Chile (PAHO, 2022). En términos de cobertura, Chile tiene un número de proveedores y

suministradores superior a la media en comparación con América Latina en su conjunto, lo que, esperamos, significa que los pacientes pueden obtener atención cuando la necesiten.

La evaluación de desempeño del sistema de salud: eficacia, eficiencia, eficiencia técnica, y equidad

La Eficacia

En Chile, la esperanza de vida media en 2023 era de 80,74 años, mientras que en el conjunto de los países latinoamericanos era de sólo 75,24 años (United Nations, n.d.a, n.d.b). Luego, la tasa de mortalidad en un año fue de 7 por cada 1000 habitantes en Chile en 2020, mientras que en el conjunto de América Latina fue de 6,44 por cada 1000 habitantes en 2020 (United Nations, 2021; O'Neill, 2022). En cuanto a la tasa de mortalidad en menores de cinco años, en 2021, Chile registró 6,6 muertes por cada 1.000 menores de cinco años, mientras que en ese mismo año, en Argentina se registraron 6,9 muertes por cada 1.000 menores de cinco años (UNICEF, 2022a, 2022b). Estas cifras demuestran la eficacia de las intervenciones sanitarias chilenas, ya que la esperanza de vida es una de las más altas de toda América Latina y el número de muertes infantiles es inferior al de su país de comparación. Estos tres indicadores permiten saber si el sistema sanitario chileno, en general, está dando resultados positivos y favorables para la población.

La Eficiencia

En 2021, el número de visitas de pacientes ambulatorios por médico en Chile fue de 2,2 visitas por médico, mientras que con el mismo indicador en Colombia el resultado fue 2,6 visitas por médico (OECD, 2021a). Viendo el costo promedio de un evento médico, en este caso el costo del parto, en Chile le cuesta a una familia en promedio \$3.589 por nacimiento en 2018 y durante el mismo año en Argentina costó solo \$2.237 (Lembo, 2018). Finalmente, en relación al

gasto sanitario total en salud, en 2019, Chile gastó 9,6% hacia la salud, mientras que en América Latina en promedio, en 2020, los países gastaron 6,6% en 2020 (Cerdeira et al., 2022; Ziehl & Romig, 2020). Estas tres estadísticas muestran cómo Chile está realizando un gran gasto en relación con el mantenimiento y la oferta de servicios sanitarios. Chile gasta mucho dinero, pero sigue teniendo costes elevados de atención, lo que demuestra que no es muy eficaz a la hora de convertir el gasto en atención suficiente.

La Eficiencia Técnica

En 2019, Chile tenía una ratio de 1,1 enfermeras por médico, mientras que la de América Latina era ligeramente superior, con 1,4 enfermeras por médico (OECD Health Statistics, 2022). En relación a la población general, Chile tuvo 2,7 enfermeras por cada 1.000 habitantes en 2019, mientras que el promedio de enfermeras por cada 1.000 habitantes en América Latina fue de 2,8 también en 2019 (OECD Health Statistics, 2022). Estos resultados muestran que Chile se sitúa justo en la media, o ligeramente por debajo, en cuanto a número de enfermeras. Esto significaría, por tanto, que Chile tiene menos probabilidades de lograr una eficiencia técnica productiva porque dispone de menos recursos para conseguir mejores resultados.

La Equidad

En 2017, Chile tenía una tasa de obesidad del 34,4%, mientras que la tasa de obesidad para toda América Latina en 2016 era de solo el 19% (Izcue et al., 2022; Garcia-Garcia, 2022). Formar parte de un grupo socialmente desfavorecido tiende a aumentar la exposición a comportamientos que inducen a la obesidad, por lo que la tasa casi dos veces más alta de Chile muestra la amplia brecha de obtener o mantener resultados de salud adecuados entre los diferentes grupos socioeconómicos (Izcue et al., 2022). Dentro del FONASA, los usuarios de los grupos C y D, o los ciudadanos de mayores ingresos, tienen un aumento de pagos de bolsillo de

996%, que los de los grupos A y B. Adicionalmente, los que tienen seguro privado tienen un pago de bolsillo de 927%. Aquellos con FONASA C y D están pagando tarifas de bolsillo similares o menores que aquellos con atención privada, aunque no están recibiendo la misma calidad de atención (Núñez Mondaca & Chi, 2017). Esto podría disuadir a los afiliados de los grupos C y D de atenderse por tener que pagar tarifas tan altas y desiguales. Por último, cuando se examina el grupo indígena más poblado de Chile, los mapuches, los resultados sanitarios indican tasas de morbilidad y mortalidad significativamente más altas para enfermedades transmisibles como las infecciones respiratorias. Esto se debe posiblemente a la relación entre la pobreza y las infecciones respiratorias, y mide la igualdad en Chile mostrando una población que corre más riesgo en función de factores prevenibles (Rojas, 2007).

El análisis

El sistema sanitario chileno ha experimentado muchos cambios en los últimos cien años que lo han convertido en el sistema que es hoy. Concretamente, bajo el dictador Pinochet, su liderazgo transformó radicalmente el sistema y desarrolló principios y directrices para hacerlo lo más productivo posible. Pinochet intentó formalizar el sistema privado de asistencia sanitaria, lo que dio lugar a la competencia entre los sectores público y privado (Bruce, 2017). Aunque este sistema funcionó durante muchos años, el Presidente Lagos introdujo un nuevo plan de reforma sanitaria (AUGE) que abordaba problemas específicos del sector sanitario público, como la reducción de los tiempos de espera y los planes de cobertura. Desde entonces, la eficiencia y la satisfacción del sistema sanitario han mejorado, pero todavía sólo en las zonas que están aplicando este programa (Unger et al., 2008).

Aunque este sistema mixto ha beneficiado a muchos chilenos en el sentido de que tienen autonomía para elegir de qué sector quieren recibir atención sanitaria, existen muchas

disparidades sanitarias a las que se enfrentan los chilenos con bajos ingresos y que no afectan a otros miembros de la población. Dado que el sistema sanitario público de Chile se financia con una deducción universal del impuesto sobre la renta y el sistema sanitario privado se financia con el impuesto adicional que pagan los asegurados, los sistemas existen casi completamente separados el uno del otro (Bastías et al., 2008, p 1289). El sistema público se centra más en los servicios de atención primaria, mientras que el sistema privado se centra principalmente en la prestación de atención secundaria y terciaria. Esto ha provocado un aumento de las diferencias sanitarias entre los chilenos, sobre todo entre las poblaciones de ingresos bajos y las de ingresos medios y altos (Bastías et al., 2008, p 1292).

En general, como se ha comentado en las secciones de evaluación, los resultados sanitarios de Chile son positivos. Chile tiene una de las esperanzas de vida más altas de toda América Latina, lo que demuestra que sus intervenciones primarias, aunque en su mayoría en el sector público, están funcionando. Sin embargo, las tasas de enfermedades transmisibles y no transmisibles en Chile son notablemente más altas dentro de las poblaciones de riesgo en Chile y en comparación con otros países latinoamericanos. Aunque las intervenciones de segundo y tercer nivel pueden estar funcionando, Chile podría beneficiarse de una mayor inversión en el sector primario y preventivo de la atención sanitaria.

La conclusión y las recomendaciones

El sistema sanitario chileno ha avanzado mucho en cuanto a su estructura y capacidad. Aunque este sistema dual lleva tiempo funcionando, hay ciertas enfermedades no transmisibles que están empeorando debido a la falta de atención primaria. Un aspecto positivo del sistema chileno es la posibilidad de autonomía: los chilenos tienen la opción de pagar un plan de salud adicional y más completo en el sector privado, pero también pueden optar por el sistema público

que les descuentan una cuota de su nómina. Una sanidad adecuada es muy importante para los chilenos, como se vio en las protestas de 2005 y 2019, y seguirá beneficiando a los ciudadanos si el gobierno avanza en su sistema sanitario e invierte en atención preventiva.

Una recomendación es que Chile priorice la implementación del AUGE y otras estrategias relacionadas a nivel organizacional. Como se mencionó anteriormente, este plan ha tenido muchos efectos positivos en el área en que se implementa, pero un inconveniente es que su administración no está generalizada. Para ello, sería fundamental una mayor colaboración entre los funcionarios públicos y el personal sanitario, a fin de garantizar una aplicación fluida y satisfactoria de esta política. Otra recomendación sería invertir más dinero en atención preventiva. Las tasas de tabaquismo y cáncer de mama son significativamente altas en Chile, y esto tiene que ver con el hecho de que el gobierno no está invirtiendo dinero en programas para ayudar a dejar de fumar o hacer que el cribado del cáncer de mama esté más fácilmente disponible para su población. Estos dos ejemplos pueden tener consecuencias mortales, por lo que es necesario invertir dinero y recursos en medidas preventivas para que Chile pueda seguir teniendo una alta esperanza de vida.

References

- Bastías, G., Pantoja, T., Leisewitz, T., & Zárata, V. (2008, December 2). Health care reform in Chile. *Canadian Medical Association Journal*, 179(12), 1289-1292.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.071843>
- Biblioteca Nacional de Chile. (n.d.a). *Guerra de la Independencia (1810-1818)*. Memoria Chilena. Retrieved February 25, 2023, from
<https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-692.html>
- Biblioteca Nacional de Chile (BCN). (n.d.b). *Historia | 1810-1811*. BCN. Retrieved April 1, 2023, from https://www.bcn.cl/historiapolitica/congreso_nacional/historia/index.html
- Bossert, T., & Leisewitz, T. (2016, January 7). Innovation and Change in the Chilean Health System. *The New England Journal of Medicine*, 374(1), 1-5.
- Bossert, T., & Villalobos Dintrans, P. (2020, July 24). Health Reform in the Midst of a Social and Political Crisis in Chile, 2019-2020. *Health Systems and Reform*, 6(1), 41-56.
- Bossert, T. J., Larrañaga, O., Infante, A., Beauvais, J., Espinosa, C., & Bowser, D. (2000, June). Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America: Chile Case Study. *Pan American Journal of Public Health*, 8(1-2), 84-92.
10.1590/s1020-49892000000700011
- Bruce, N. (2017, May 26). The Chilean Health Care Reforms: Model or Myth? *The Johns Hopkins Journal of Latin American Studies*, Volume VI, 69-86.
- Cerda, A., García, L., Rivera-Arroyo, J., Riquelme, A., Paulo Teixeira, J., & Jakovljevic, M. (2022, December 16). *Comparison of the healthcare system of Chile and Brazil: strengths, inefficiencies, and expenditures - Cost Effectiveness and Resource Allocation*. Cost Effectiveness and Resource Allocation. Retrieved February 25, 2023, from

<https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12962-022-00405-9#citeas>

Garcia-Garcia, G. (2022, July 29). *Obesity and overweight populations in Latin America*. The Lancet. Retrieved April 26, 2023, from <https://www.thelancet.com/campaigns/kidney/updates/obesity-and-overweight-populations-in-latin-america>

Goldstein, E. (2018, November). El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*.

Izcue, J., Palacios-García, I., Rojas Traverso, F., Koller, M., Parada, F. J. (2022, September 29). Perspectives on Inequity and Health Disparities in Chile and Their Relationship to Microbial Ecology. *American Society for Microbiology*, 7(5). <https://journals.asm.org/doi/10.1128/msystems.01496-21>

Laing, A., Sherwood, D., & Cambero, F. (2019, October 23). *Explainer: Chile's inequality challenge: What went wrong and can it be fixed?* Reuters. Retrieved February 25, 2023, from <https://www.reuters.com/article/us-chile-protests-explainer/explainer-chiles-inequality-challenge-what-went-wrong-and-can-it-be-fixed-idUSKBN1X22RK>

Lembo, A. (2018, July 19). *What It Costs to Give Birth Around the World*. Insider. Retrieved April 26, 2023, from <https://www.insider.com/costs-giving-birth-around-the-world-2018-7#chile-doesnt-overcharge-for-c-section-procedures-4>

Martínez, S., Carrasquilla, G., Guerrero, R., Gómez-Dantés, H., Castro, V., & Arreola-Ornelas, H. (2011, January). *Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina*

y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. SciELO. Retrieved April 26, 2023, from

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800004

Méndez, C., Greer, S., & McKee, M. (2020, August 3). *The 2019 crisis in Chile: fundamental change needed, not just technical fixes to the health system*. NCBI. Retrieved April 1, 2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7396457/>

Mendoza, J. (2022, April 14). *Health expenditure as a share of GDP in Chile 2020*. Statista. Retrieved April 23, 2023, from

<https://www.statista.com/statistics/947953/chile-health-expenditure-share-gdp/>

Ministerio de Educación. (2009, septiembre 12). *Establece La Ley General De Educación*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Retrieved February 25, 2023, from

<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1006043>

Numbeo. *Health Care Comparison Between Argentina And Chile*. (2023, April). Retrieved April 26, 2023, from

https://www.numbeo.com/health-care/compare_countries_result.jsp?country1=Argentina&country2=Chile

Núñez Mondaca, A. L., & Chi, C. (2017). *Equity in out-of-pocket payment in Chile*. SciELO. Retrieved April 26, 2023, from

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/JvcmcbXnkggygWfB5QW6d3sG/?lang=en>

OECD. (2019, January 11). *OECD Reviews of Public Health: Chile. OECD Reviews of Public Health*.

OECD. (2021a). *Health Care Utilisation*. OECD Statistics. Retrieved April 26, 2023, from

https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_proc

OECD. (2021b, July 9). Government at a Glance 2021 Country Fact Sheet Chile. *OECD*, 87.

OECD Health Statistics. (2022, July 29). *Ratio of nurses to doctors, latest year available*. OECD

iLibrary. Retrieved April 26, 2023, from

<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b209ca26-en/index.html?itemId=/content/component/b209ca26-en>

O'Neill, A. (2022, November 10). *Latin America & Caribbean - death rate 2010-2020*. Statista.

Retrieved April 26, 2023, from

<https://www.statista.com/statistics/699100/death-rate-in-latin-america-and-caribbean/>

Organización Panamericana De La Salud [OPS]. (2002, April). Perfil Del Sistema De Servicios

De Salud Chile.

PAHO. (2022, December). *Advancing towards universal health in Latin America and the*

Caribbean: Lessons from the COVID-19 pandemic. PAHO. Retrieved April 26, 2023,

from

<https://www.paho.org/en/stories/advancing-towards-universal-health-latin-america-and-caribbean-lessons-covid-19-pandemic>

Quintero, R. S. G., Rodríguez, Y. M., Laffita, D. M., González Rodríguez, I., Ruiz, R. L., &

Guevara Silveira, S. A. (2022, March 1). *Eficacia, efectividad, eficiencia y equidad en*

relación con la calidad en los servicios de salud. SciELO. Retrieved April 26, 2023, from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-35212021000200013

Rojas, F. (2007, July 2). Poverty determinants of acute respiratory infections among Mapuche

indigenous peoples in Chile's Ninth Region of Araucania, using GIS and spatial statistics

- to identify health disparities. *International Journal of Health Geographics*, 6(26).
<https://doi.org/10.1186/1476-072X-6-26>
- Romão, K. (2020, July 31). *How the Health System Works in Chile*. Ninsaúde Apolo English.
 Retrieved April 26, 2023, from
<https://english.apolo.app/how-the-health-system-works-in-chile/>
- Romero, T. (2022, October 28). *Percentage distribution of immigrants in Chile in 2021, by nationality*. Statista. Retrieved February 25, 2023, from
<https://www.statista.com/statistics/764334/chile-immigrants-by-nationality/>
- Ruiz-Tagle, J. V., & Castro, F. (1998). *The Chilean Pension System*. OECD. Retrieved April 1, 2023, from <https://www.oecd.org/els/public-pensions/2429310.pdf>
- UNESCO Institute for Statistics. (2022, October 24). *Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above) - Chile*. The World Bank. Retrieved February 25, 2023, from
<https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.ZS?end=2021&locations=CL&start=1982&view=chart>
- Unger, J.-P., De Paepe, P., Solimano Cantuarias, G., & Arteaga Herrera, O. (2008, April). Chile's Neoliberal Health Reform: An Assessment and a Critique. *National Library of Medicine*, 5(79). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050079>
- UNICEF. (2022a). *Argentina (ARG) - Demographics, Health & Infant Mortality - UNICEF DATA*. UNICEF Data. Retrieved April 26, 2023, from <https://data.unicef.org/country/arg/>
- UNICEF. (2022b). *Chile (CHL) - Demographics, Health & Infant Mortality - UNICEF DATA*. UNICEF Data. Retrieved April 26, 2023, from <https://data.unicef.org/country/chl/>

United Nations. (n.d.a). *Chile Life Expectancy 1950-2023 | MacroTrends*. Macrotrends.

Retrieved April 26, 2023, from

<https://www.macrotrends.net/countries/CHL/chile/life-expectancy>

United Nations. (n.d.b). *Latin America And The Caribbean Life Expectancy 1950-2023*.

Macrotrends. Retrieved April 26, 2023, from

<https://www.macrotrends.net/countries/LCR/latin-america-and-the-caribbean/life-expectancy>

United Nations. (2021). *Death rate, crude (per 1,000 people) - Chile | Data*. World Bank Data.

Retrieved April 26, 2023, from

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CDRT.IN?locations=CL>

The World Bank. (2020). *World Development Indicators - Out-Of-Pocket Expenditures*. The

World Bank. Retrieved April 26, 2023, from

<https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.OOPC.CH.ZS&country=CHL>

The World Factbook (2023, February 10). *Chile*. Retrieved February 25, 2023, from

<https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/chile/#geography>

World Bank Global Electrification, International Energy Agency (IEA), International Renewable

Energy Agency (IRENA), United Nations Statistics Division (UNSD), World Bank, &

World Health Association (WHO). (2021). *Access to electricity (% of population) - Chile*.

World Bank Data. Retrieved February 25, 2023, from

<https://data.worldbank.org/indicator/EG.ELC.ACCS.ZS?locations=CL>

World Health Organization. (2018). *Hospital beds (per 1000 people) - Latin America & Caribbean* | Data. The World Bank. Retrieved April 26, 2023, from

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations=ZJ>

World Health Organization. (2020). *Hospital beds (per 1,000 people) - Chile* | Data. The World Bank. Retrieved April 26, 2023, from

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations=CL>

World Health Organization's Global Health Workforce Statistics, & OECD. (2019). *Physicians (per 1000 people) - Latin America & Caribbean* | Data. The World Bank. Retrieved April 26, 2023, from <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=ZJ>

World Health Organization's Global Health Workforce Statistics & OECD. (2021). *Physicians (per 1,000 people) - Chile* | Data. The World Bank. Retrieved April 26, 2023, from

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=CL>

World Health Organization (WHO) & UNICEF Joint Monitoring Program. (2021). *People using at least basic sanitation services (% of population) - Chile*. The World Bank. Retrieved February 25, 2023, from

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.BASS.ZS?locations=CL>

Ziehl, C., & Romig, S. (2020, June 16). *Latin America and the Caribbean countries need to spend more and better on health to be better able to face a major health emergency like COVID-19 effectively*. OECD. Retrieved April 26, 2023, from

<https://www.oecd.org/health/latin-america-and-the-caribbean-countries-need-to-spend-more-and-better-on-health-to-be-better-able-to-face-a-major-health-emergency-like-covid-19-effectively.htm>