

# Sistema de salud de Chile

Víctor Becerril-Montekio, Lic en Ec, M en Soc,<sup>(1)</sup> Juan de Dios Reyes, MC, MSP,<sup>(2)</sup>  
Annick Manuel, MC, MSP.<sup>(3)</sup>

Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A.  
Sistema de salud de Chile.  
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S132-S143.

## Resumen

En este trabajo se describe el sistema de salud de Chile, incluyendo su estructura, financiamiento, beneficiarios y recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone. Este sistema está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud y cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos. El sector privado cubre aproximadamente a 17.5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Alrededor de 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Recientemente el sistema se reformó creando el Régimen General de Garantías en Salud, que establece un Sistema Universal con Garantías Explícitas que se tradujo, en 2005, en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad para 56 problemas de salud, incluyendo cáncer en niños, cáncer de mama, trastornos isquémicos del corazón, VIH/SIDA y diabetes.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Chile

Becerril-Montekio V, Reyes JD, Manuel A.  
The health system of Chile.  
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S132-S143.

## Abstract

This paper describes the Chilean health system, including its structure, financing, beneficiaries, and its physical, material and human resources. This system has two sectors, public and private. The public sector comprises all the organisms that constitute the National System of Health Services, which covers 70% of the population, including the rural and urban poor, the low middle-class, the retired, and the self-employed professionals and technicians. The private sector covers 17.5% of the population, mostly the upper middle-class and the high-income population. A small proportion of the population uses private health services and pays for them out-of-pocket. Around 10% of the population is covered by other public agencies, basically the Health Services for the Armed Forces. The system was recently reformed with the establishment of a Universal System of Explicit Entitlements, which operates through a Universal Plan of Explicit Entitlements (AUGE), which guarantees timely access to treatment for 56 health problems, including cancer in children, breast cancer, ischaemic heart disease, HIV/AIDS and diabetes.

Key words: health system; social security; Chile

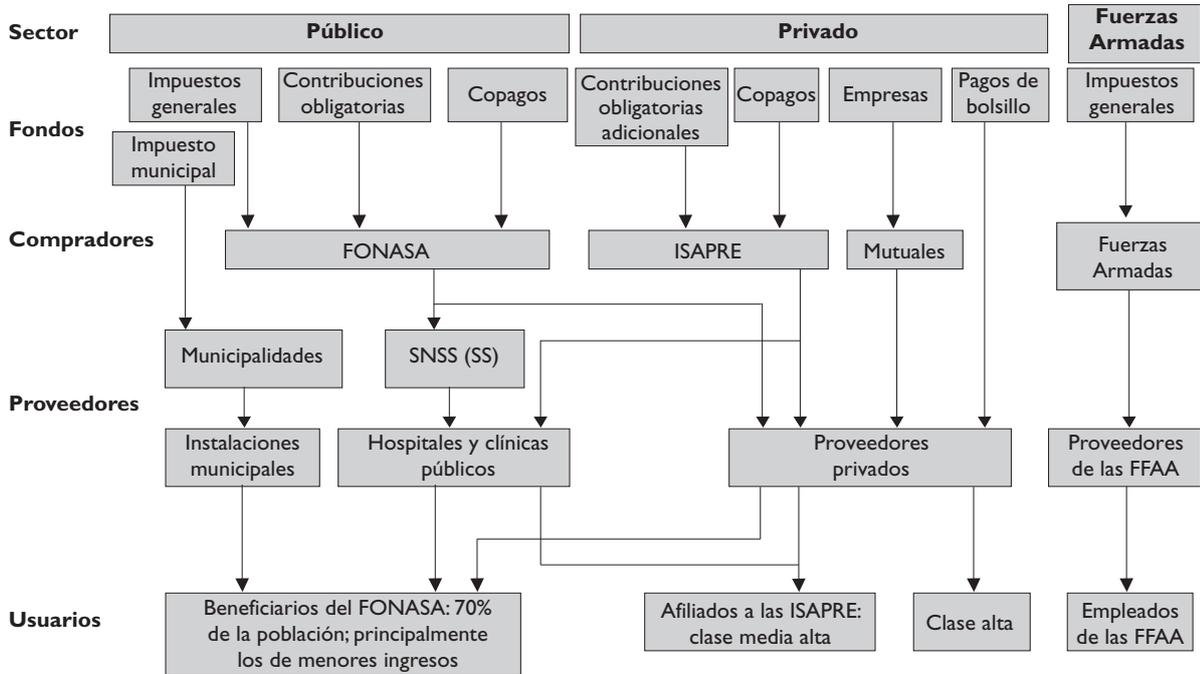
(1) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

(2) Consultor.

(3) Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

**Fecha de aceptado:** 2 de noviembre de 2010

Solicitud de sobretiros: Víctor Becerril. Instituto Nacional de Salud Pública, Av. Universidad 655,  
Colonia Santa María, 62100, Cuernavaca, Morelos, México.  
Correo electrónico: victorbecerril@gmail.com



FONASA: Fondo Nacional de Salud  
 SNSS: Sistema Nacional de Servicios de Salud  
 FFAA: Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía)

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional  
 SS: Servicios de Salud Regionales

Fuente: modificado de referencia 1

El sistema de salud chileno está compuesto por dos sectores, público y privado. El sector público está formado por todos los organismos que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS): el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud. Este sector cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a él. El sector público se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos que se reúnen en el FONASA. La prestación de servicios públicos está a cargo del SNSS, con su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria. En ocasiones el FONASA contrata los servicios de proveedores privados. El sector privado se financia sobre todo con contribuciones obligatorias que se reúnen en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población perteneciente a los grupos sociales de mayores ingresos. De manera paralela, tres mutuales ofrecen protección a sus afiliados (15% de la población) contra accidentes laborales y enfermedades profesionales. Las mutuales proveen atención en sus propias instalaciones. Los chilenos pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRE. Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones, en otras del mismo sector privado o incluso en instalaciones del sector público. Dependiendo de los contratos, los afiliados pueden o no escoger a los prestadores de servicios. Un pequeño sector de la población, perteneciente a la clase alta, realiza pagos directos de bolsillo a proveedores privados de servicios de atención a la salud. Alrededor de 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, fundamentalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRE, o bien formar parte de la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social en salud.

**Contexto**

*Demografía*

De acuerdo con proyecciones del último censo de población, Chile cuenta con una población de poco más de 17 millones de habitantes, 50.5% son mujeres y 49.5% son hombres.<sup>2</sup> La densidad de población es de 20.4 habitantes por kilómetro cuadrado, pero 86.5% de

la población se concentra en las zonas urbanas y 40% en el área metropolitana de la capital, Santiago de Chile. La proporción de habitantes que en 2002 declaró pertenecer a alguno de los ocho pueblos reconocidos por la ley indígena fue de 4.6%.<sup>3</sup>

Los menores de 15 años de edad representan poco más de 25% de la población, mientras que los mayores de 60 años rebasan el 11%. El ritmo de crecimiento anual de la población entre 1992 y 2002 fue de 1.2%. En

años recientes descendió a 1%, uno de los más bajos de América Latina. La tasa de fecundidad en 2007 fue de 1.9 por mujer en edad fértil.<sup>4</sup>

#### Condiciones de salud

Junto con Cuba y Costa Rica, Chile presenta los mejores niveles de salud de América Latina. La tasa de mortalidad infantil muestra un descenso espectacular entre 1970 y 2005: de 82 muertes en menores de 1 año por 1000 nacidos vivos pasó a 7.9, con pocas diferencias entre las 15 regiones del país.<sup>5</sup> Esta última cifra contrasta con las de México (18.1 en 2006) y Brasil (22.6 en 2004), y es comparable a la de Estados Unidos (6.8 en 2004). En 2005, la razón de mortalidad materna fue de 19.8 por 100 000 nacidos vivos, considerablemente inferior al promedio latinoamericano (82.8). Por último, la esperanza de vida aumentó de 63.5 años en 1970 a 78.5 años en 2005 (81 años para las mujeres y 74 para los hombres). Esto significa que los chilenos presentan hoy una probabilidad de vivir al nacer cuatro veces mayor que la que presentaban a principios del siglo pasado.

Estos cambios demográficos se han acompañado de una transición epidemiológica caracterizada por una creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles. De acuerdo con la Encuesta Nacional de

Salud 2003, los padecimientos con mayor prevalencia son las enfermedades cardiovasculares, que afectan a más de la mitad de la población adulta, seguidas por las enfermedades respiratorias crónicas, la depresión y la diabetes, entre otras.

Las principales causas de muerte en mujeres son las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades del corazón, las enfermedades hipertensivas y la diabetes (cuadro II).<sup>11</sup>

Las principales causas de muerte en hombres son las enfermedades del corazón, las enfermedades cerebrovasculares, la cirrosis y las enfermedades del hígado, y el tumor maligno de estómago (cuadro III).<sup>11</sup>

#### Estructura y cobertura

El sistema de salud chileno consta de dos sectores, público y privado. El primero cubre a 80% de la población. El Fondo Nacional de Salud (FONASA), a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y su red de 29 Servicios de Salud Regionales, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubren a alrededor de 70% de la población nacional. Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al FONASA y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público.

El sector privado está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo.

**Cuadro I**  
**INDICADORES BÁSICOS, CHILE, 2006**

Población total	16 432 674
Población total de 60 años y más	1 936 435
Esperanza de vida	78.2
Esperanza de vida a los 60 años	22.4
Tasa de mortalidad general	5.3
Tasa de mortalidad infantil	7.9
Razón de mortalidad materna	20
Prevalencia de diabetes (%)	4.2
Prevalencia de hipertensión arterial (%)	33.7
Porcentaje de partos atendidos por personal calificado	99.8
Cobertura de vacunación (%)	
sarampión (2008)	94
DPT1 (2008)	97
polio (2008)	93
Población con seguridad social	94
Población con seguro en sistema público	79.9
Población con seguros privados y FFAA.	16.7
Población no asegurada	5.1
Gasto total en salud como porcentaje del PIB (2008)	6.9
Gasto per cápita en salud (2008)*	997
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud (2008)	59.4
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	15.40

Fuente: Referencias 3, 6-10

\*Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

**Cuadro II**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, CHILE, 2006**

	Número	%
1. Enfermedades cerebrovasculares	3 900	9.8
2. Enfermedades isquémicas del corazón	3 258	8.2
3. Otras formas de enfermedades del corazón	2 056	5.2
4. Enfermedades hipertensivas	1 809	4.6
5. Diabetes mellitus	1 718	4.3
6. Neumonía	1 557	3.9
7. Tumor maligno de la vesícula y de las vías biliares extrahepáticas	1 336	3.4
8. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos	1 291	3.3
9. Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	1 237	3.1
10. Tumor maligno de la vesícula y de las vías biliares extrahepáticas	1 275	3.22

Fuente: Referencia 11

**Cuadro III**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES,**  
**CHILE, 2006**

	Número	%
1. Enfermedades isquémicas del corazón	4 685	10.2
2. Enfermedades cerebrovasculares	3 708	8.1
3. Cirrosis y otras enfermedades del hígado	2 568	5.6
4. Tumor maligno del estómago	2 137	4.6
5. Otras enfermedades del corazón	1 891	4.1
6. Accidentes de tránsito	1 663	3.6
7. Diabetes mellitus	1 617	3.5
8. Tumor maligno de próstata	1 598	3.5
9. Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	1 540	3.3
10. Lesiones autoinfligidas (suicidios)	1 498	3.3

Fuente: Referencia 11

Además del FONASA y de las ISAPRE, tres mutuales ofrecen cobertura exclusiva para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a los trabajadores afiliados (sin incluir a sus familias), los cuales representan cerca de 15% de la población. Estas mutuales prestan servicios dentro de sus propias instalaciones y, en caso de contar con capacidad ociosa, ofrecen atención a población no afiliada a cambio de un pago por servicio.

**DIEZ HITOS EN LA HISTORIA  
DEL SISTEMA CHILENO DE SALUD**

1891	Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades que las hace responsables de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna
1918	Primer Código Sanitario
1924	Seguro Obrero Obligatorio que cubre riesgo de enfermedad, invalidez, vejez y muerte
1942	Creación de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA)
1952	Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la fusión de diversas instituciones para crear un organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población
1968	Consolidación de las Mutuales de Seguridad y creación del Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados
1979	Fusión del SNS y SERMENA y reorganización del Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública
1980	Municipalización de los establecimientos de atención primaria
1981	Creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE)
2003-2005	Reforma que da origen al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)

*¿Quiénes son los beneficiarios?*

El Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile tiene la obligación de garantizar a todos los ciudadanos el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud. Los ciudadanos tienen la libertad de escoger entre los servicios públicos y los privados.

Alrededor de 70% de los chilenos –los pobres del campo y las ciudades, la clase media incluyendo a los profesionales y técnicos de mayores ingresos y los jubilados– están cubiertos por los servicios de salud del sector público, financiados con recursos del FONASA. Otro 3% está cubierto por los servicios de salud de las fuerzas armadas.

Los sectores de mayores ingresos y algunos obreros y empleados en contrato colectivo dentro de su empresa (17.5% de la población) están afiliados a alguna ISAPRE, compañías aseguradoras privadas que reciben las cuotas obligatorias de los trabajadores para administrar diversos planes de salud. Existen 13 ISAPRE que ofrecen diferentes planes para los afiliados y sus familias, generalmente con mayores beneficios que lo que ofrece FONASA, mismos que se financian con cotizaciones suplementarias.

Existen dos tipos de ISAPRE, abiertas y cerradas. La inscripción a las cerradas está limitada a los trabajadores de una empresa o sector económico. Las abiertas permiten la inscripción a toda la población con capacidad de pago. En general operan con prestadores privados de salud, pero pueden hacer convenios con prestadores públicos para la atención de urgencias, tratamiento intensivo o servicio pensionado. Este último es un sector especial de un hospital habilitado para atender pacientes de la modalidad de libre elección que pagan por las prestaciones recibidas; en general no más de 10% de las camas. En 2009 existían siete ISAPRE abiertas y seis cerradas.<sup>12</sup>

También existe un sistema privado paralelo sin fines de lucro compuesto por tres mutuales que brindan protección contra accidentes laborales y enfermedades profesionales a dos millones y medio de trabajadores afiliados de manera colectiva a través de las empresas en que laboran, quienes también están afiliados al FONASA o alguna ISAPRE. Un importante grupo de trabajadores independientes y/o de la pequeña empresa que no están afiliados a las mutuales tienen cobertura de una entidad estatal, el Instituto de Normalización Previsional (INP) y, en caso de enfermedades profesionales o accidentes laborales, reciben atención en los hospitales del sector público.

Los miembros de las fuerzas armadas (Ejército, Marina, Aviación y Policía) y sus familias son beneficiarios de un seguro de salud ajeno al FONASA y las

ISAPRE que brinda atención en instalaciones y con proveedores propios. Este seguro de salud se financia con impuestos generales.

Finalmente, una pequeña proporción de la población, perteneciente a la clase alta, compra los servicios de atención a la salud a proveedores privados mediante pagos de bolsillo sin intermediación de las ISAPRE ni del FONASA.

#### *¿En qué consisten los beneficios?*

El Sistema Nacional de Salud (SNS), a través de los 29 Servicios de Salud Regionales en todo el territorio, provee servicios ambulatorios y hospitalarios para los afiliados al FONASA. La atención primaria es administrada por los servicios municipales de atención a la salud bajo la supervisión del MINSAL, el cual establece las normas técnicas de funcionamiento.

Los beneficiarios del FONASA tienen acceso a dos modalidades de atención: la atención institucional (MAI) y la libre elección (MLE). La primera comprende la atención que brindan las instituciones públicas de salud con cierta limitación en la capacidad de elección del prestador. Al momento de recibir la atención, los usuarios deben realizar copagos que van de 10 a 20% del precio del servicio fijado por FONASA de acuerdo con su nivel de ingresos, excepto los más pobres, los mayores de 60 años y los portadores de algunas patologías específicas. La modalidad institucional suele afiliar a los ciudadanos de menores recursos y a todas aquellas personas que se acogen al plan de beneficios del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), descrito más adelante.

Cualquier beneficiario de FONASA puede elegir la MLE y, mediando un copago equivalente a la diferencia entre el precio fijado por los prestadores para cada prestación y la cantidad fija aportada por FONASA, puede elegir el prestador dentro del sector privado. Estos copagos se establecen tomando en cuenta el nivel de calidad del prestador siguiendo una clasificación en tres grupos a los cuales deben registrarse los proveedores. La MLE también es una opción para los llamados "pensionados" de los hospitales públicos, previo copago. A esta modalidad suelen recurrir los beneficiarios del FONASA de mayores ingresos.

Las ISAPRE, que funcionan con la lógica de los seguros y por tanto con primas según cobertura y riesgo, ofrecen diversos planes de servicios adicionales a cambio de contribuciones complementarias a la obligatoria. Tienen la obligación legal de cubrir por lo menos: a) exámenes de medicina preventiva, cuyo contenido y periodicidad se encuentran claramente definidos pero que sólo se realizan a solicitud expresa

del afiliado, aunque las ISAPRE deben cumplir con un porcentaje mínimo de estos exámenes; b) seguro de pago del salario del afiliado en caso de enfermedad, y c) protección para mujeres embarazadas y niños menores de seis años, que incluye un paquete mínimo predefinido de intervenciones.

Los contratos con las ISAPRE son de por vida y las aseguradoras sólo pueden rescindirlos cuando el afiliado no cumple con sus obligaciones financieras. Los afiliados pueden rescindirlos al cumplirse el aniversario del contrato, mediando un mes de aviso. Las ISAPRE proveen servicios en sus propias instalaciones o contratan con otros proveedores privados o del sector público. Dependiendo del tipo de contrato que hayan suscrito, los afiliados pueden o no escoger a los proveedores.

Los servicios de salud pública (como vacunas y control de la tuberculosis) se proveen a toda la población sin restricción o discriminación. En el caso de la tuberculosis, la entrega de los medicamentos es gratuita y se debe hacer en los establecimientos del sector público bajo supervisión. Las vacunas son entregadas por el Estado y su aplicación en el sector público es gratuita para toda la población, aunque en el sector privado la aplicación puede tener un costo.

## **Financiamiento**

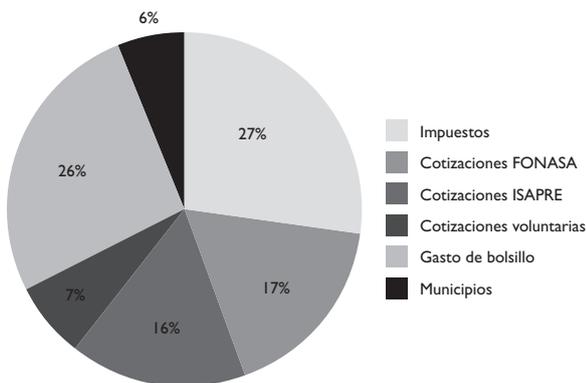
### *¿Quién paga?*

Los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados al FONASA. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRE y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención. Todos los trabajadores están obligados a hacer una contribución al sistema de salud equivalente a 7% de sus ingresos gravables y pueden elegir pagarla al FONASA o a alguna ISAPRE.<sup>13</sup> La contribución es voluntaria para los autoempleados.

En 2003 el gasto total en salud se repartió de la siguiente manera: 27% provino de impuestos generales, 17% de las cotizaciones pagadas por los trabajadores afiliados al FONASA, 16% de las cotizaciones pagadas por los afiliados a las ISAPRE, 7% de las cotizaciones voluntarias, 26% de gastos de bolsillo y 6% de aportaciones directas de los municipios (figura 1).

### *¿A cuánto asciende el gasto en salud?*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2007, el gasto total en salud en Chile como porcentaje



**FIGURA 1. ORIGEN DEL FINANCIAMIENTO DEL GASTO EN SALUD, CHILE, 2003**

del PIB fue de 6.2%, porcentaje menor al de Argentina (10%) y Brasil (8.4%) y similar al de Colombia (6.1%).<sup>9</sup> El gasto público en salud representó 58.7% del gasto total en salud; el resto correspondió al gasto privado. En ese mismo año, el gasto per cápita en salud ascendió a 863 USD en dólares internacionales o 615 USD a la tasa de cambio promedio anual.<sup>10</sup>

El gasto público en salud es administrado por el FONASA y se destina al pago del SNS y los servicios municipales, la atención de indigentes y a diversos programas de salud pública. El gasto privado se divide en dos partes: alrededor de 47% corresponde a la contratación de planes de salud de las ISAPRE y el resto a gastos de bolsillo.

#### *¿Quién reúne el dinero y cómo lo distribuye?*

En el sector privado, las ISAPRE se encargan de reunir y administrar los recursos de las cotizaciones de sus afiliados. En el sector público, el MINSAL controla el gasto a través del FONASA. Este fondo reúne los recursos de las cotizaciones de sus afiliados y los fondos nacionales destinados a los indigentes, así como los recursos de los programas de salud pública, y los asigna a las instalaciones de los SNS con base en presupuestos históricos, asignaciones para problemas prioritarios o asignaciones per cápita. Predominan los presupuestos históricos, los cuales se aplican a fin de respetar los niveles de asignación establecidos durante la dictadura. Aunque estas asignaciones no consideran las características de los servicios regionales (cantidad de instituciones de salud, población o perfil epidemiológico), se utilizan como referencia para reequilibrar los presupuestos deficitarios o superavitarios y evitar cambios demasiado abruptos.

Con el mismo fin, el MINSAL define prioridades para la asignación de presupuestos etiquetados. FONASA hace estudios de costos para la resolución de alguna patología o problema de salud específico y asigna un valor por evento que se paga a los Servicios de Salud. También se realizan asignaciones extraordinarias para resolución de problemas prioritarios que exigen inversiones puntuales, por ejemplo, la instalación o remodelación de infraestructura. A estas asignaciones extraordinarias se suman las necesarias, según cálculos del FONASA, para el pago de las actividades propias de la operación diaria de la misma. FONASA lleva a cabo auditorías periódicas de dichas actividades destinadas a evitar abusos.

Los establecimientos municipales son los únicos que reciben su financiamiento de acuerdo con un sistema per cápita calculado con base en el costo de un Plan de Salud Familiar que incluye un paquete básico de prestaciones pactado con los equipos municipales considerando el volumen de la población registrada, sus características socioeconómicas y la cantidad de servicios prestados. De esta manera, el financiamiento queda ligado a la capacidad de los establecimientos para atraer y conservar a su clientela y a las características socioeconómicas y demográficas de la población. En los casos de municipios escasamente poblados, las municipalidades reciben una cantidad fija a fin de evitar que las asignaciones per capita resulten insuficientes.

#### *¿Con qué nivel de protección financiera cuentan los chilenos?*

A pesar de los importantes avances que en términos de cobertura de atención se han logrado en los últimos años, de acuerdo con estimaciones realizadas a partir de los resultados del Estudio Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud de 2005, los chilenos todavía enfrentan cifras muy altas de gastos excesivos por motivos de salud. A nivel urbano, se estima que entre 7 y 15% de la población tuvo que enfrentar gastos catastróficos en salud.<sup>14</sup> Se trata de la cifra más alta de la región y se explica en buena medida por el carácter urbano de la encuesta en la que se basa.

#### **Recursos**

#### *¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?*

En 2003 Chile contaba con 2 177 establecimientos de atención a la salud, públicos y privados.<sup>10</sup> De estos, 1 998 pertenecían al sector público y casi la totalidad

(1 983) al SNSS. La gran mayoría de los establecimientos del sector público (1 776) correspondían a centros de atención ambulatoria de especialidades, consultorios de atención primaria y puestos de salud rural. La atención hospitalaria de segundo y tercer nivel se brindaba en un total de 207 unidades clasificadas en cuatro diferentes tipos de hospitales de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad resolutive. El sector privado, por su parte, contaba sólo con 179 establecimientos: 45 hospitales de mutuales de empleadores y 134 hospitales y clínicas privados en lo que se refiere a la atención cerrada. En atención abierta existe una red no cuantificada de consultorios tanto de médicos individuales como agrupados.

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, la disponibilidad de camas hospitalarias disminuyó de 2.7 a 2.4 por 1000 habitantes entre 1999 y 2004. De acuerdo con la OMS, en el período 2000-2009, Chile dispuso de 2.3 camas por 1000 habitantes.<sup>10</sup> Esto se debe a un descenso en el número de camas tanto en los establecimientos del SNSS como en el sector privado.

Los hospitales del sector público cuentan con 334 quirófanos para cirugía mayor (154 de ellos en la región metropolitana) más otros 53 para cirugía mayor de urgencia. Aunque no existe información completa para el sector privado, según la encuesta efectuada por la Superintendencia de Salud, en 2006 este sector contaba con al menos otros 100 quirófanos habilitados para cirugía mayor.

Respecto al equipo de alta especialidad, según datos del MINSAL, en el sector público hay 41 equipos de tomografía axial computarizada (TAC). Cada Servicio de Salud Regional cuenta con al menos un equipo de este tipo (17 de ellos en la región metropolitana). Además, existen 26 equipos de cineangiografía (12 de ellos en la región metropolitana) y 12 equipos de resonancia magnética (tres en la región metropolitana).

De acuerdo con una encuesta realizada por la Superintendencia de Salud, el sector privado cuenta con 69 TACs (38 en la región metropolitana), 32 equipos de resonancia magnética (21 en la región metropolitana) y 15 cineangiógrafos (nueve en la región metropolitana).

Dado que los prestadores que respondieron a la encuesta fueron los más grandes, es posible suponer que los equipos contabilizados representan más de 70% de los TACs registrados, arrojando una razón de 6.87 equipos por millón de habitantes, casi el doble que la de México (3.6 por millón de habitantes). El total de equipos de resonancia magnética arroja una razón de 2.75 por millón de habitantes y la proporción de cineangiógrafos por millón de habitantes es de 2.56.

### *¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?*

De acuerdo con la OMS, en 2003 había en Chile 17 250 médicos, es decir, 1.09 médicos por 1000 habitantes.<sup>10</sup> Sin embargo, según datos del Colegio Médico de Chile, en 2004 había en el país 20 726 médicos, de los cuales 69.3% eran hombres y 30.7% mujeres, y 58.6% se concentraban en la región de Santiago. Aproximadamente 56% de estos médicos son especialistas. La gran mayoría de los médicos (79%) están afiliados al Colegio Médico de Chile.

También de acuerdo con la OMS, en 2003 había en Chile un total de 10 000 enfermeras.<sup>10</sup> Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud menciona la existencia ese mismo año de 18 000 enfermeras. Estas discrepancias pueden explicarse por ciertas diferencias en los conceptos utilizados. En Chile se llama "enfermero/a" exclusivamente a quienes cursaron cinco años de carrera y cuentan con un título universitario. Los "técnicos paramédicos" realizan estudios de dos años de duración en diversos institutos. Por último, existen las matronas o parteras profesionales. Además, en el área de cuidados directos del paciente trabajan otros 34 500 técnicos paramédicos que han cursado dos años de estudios en institutos técnicos.

Sobre el personal que trabaja exclusivamente en el sector privado no existen datos confiables, pero se sabe que una importante proporción de los médicos chilenos trabaja en ambos sectores. Esta práctica también existe, aunque con menor frecuencia, entre las parteras y el personal de enfermería.

### *¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?*

En 2003 aproximadamente la mitad del gasto de bolsillo en salud se destinó a la compra de medicamentos.<sup>15</sup> Esto significa que alrededor de 13% del gasto total en salud correspondió a gasto en medicamentos.

Este gasto se distribuye de manera extremadamente desigual entre los diferentes estratos socioeconómicos. En 2002 el quintil más alto de ingresos gastó en medicamentos 6.5 veces más que el quintil de ingresos más bajo. Esto se explica por el hecho de que el sector público entrega los medicamentos como prestación asociada a la consulta. El sistema público entrega prácticamente el total de los medicamentos que los pacientes necesitan. No obstante, de acuerdo con el Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto realizado entre 2005 y 2006, los hogares más pobres destinan sólo 4% de sus ingresos a gastos en salud, pero 57% de ese gasto se destina a la compra de medicamentos.

Los medicamentos innovadores o de marca concentraron en 2002 poco más de 22% del volumen total de medicamentos comercializados y 43.3% de las ventas del sector. En términos de valor, el segundo lugar (49%) corresponde a los medicamentos genéricos de marca, que no siendo innovadores se venden bajo un nombre comercial. Estos medicamentos concentran 38.5% del volumen total de las ventas. Por último, los medicamentos genéricos comercializados utilizando el nombre de la sustancia activa concentraron 39.4% del volumen de ventas y 7.7% del valor. Esto se explica porque sus precios son considerablemente más bajos que los de los otros dos tipos de medicamentos.

En Chile la mayoría de los medicamentos son importados, aun cuando son comercializados por laboratorios nacionales. La escasa producción nacional está altamente concentrada: de 62 empresas, diez controlan más de 50% del valor de las ventas y nueve acaparan 58.7% del volumen de los medicamentos vendidos. La comercialización está en manos de alrededor de 1 500 farmacias, casi 40% pertenecientes a cadenas, lo cual les permite controlar 90% de las ventas.

Dentro del sector público, las compras y el control de la distribución de los medicamentos e insumos necesarios tanto para la atención personal a la salud como para los programas de salud pública son responsabilidad de una de las áreas del MINSAL, la Central de Abastecimiento (CENABAST). Debido al gran volumen de compras que realiza puede obtener mejores precios, aunque los hospitales públicos tienen la libertad de comprar a sus propios proveedores, excepto en el caso de los medicamentos de los programas de salud pública.

El sector público cuenta con un Listado de Medicamentos Esenciales así como con un Formulario Nacional. De acuerdo con la Política Nacional de Medicamentos de la Reforma de Salud de 2004, la meta es asegurar la disponibilidad y acceso de toda la población a los medicamentos indispensables incluidos en este formulario.

*¿Quién genera la información y quién produce la investigación?*

El Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL es la dependencia encargada de la recolección, el procesamiento y la diseminación de la información en salud. El DEIS maneja la información relacionada con estadísticas de población, estadísticas vitales, estadísticas de morbilidad, estadísticas de recursos para la salud, estadísticas de atención de salud y otros indicadores económico sociales relacionados con la salud, incluso basados en información de fuentes ajenas al sistema de salud.

La Superintendencia de Salud tiene la función de vigilar y controlar a las ISAPRE, al FONASA y a los prestadores de salud tanto públicos como privados con el fin de garantizar el mejor desempeño del sistema de salud. En ese espíritu busca empoderar a las personas a través de la información, educación y participación para asegurar el cumplimiento de sus derechos, deberes y garantías en salud.

La Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica es la encargada de coordinar e incentivar la investigación en salud, más orientada hacia las ciencias básicas y clínicas que hacia la salud pública. No obstante, con el apoyo de las más importantes facultades de medicina y las escuelas y departamentos de salud pública, el MINSAL creó la Comisión de Investigación y Tecnología para impulsar la investigación sobre problemas prioritarios de salud. Para ello, desde 2004, el Fondo Nacional de Investigación en Salud lleva a cabo un concurso anual para financiar 30 proyectos de investigación en salud pública con un presupuesto anual de un millón de dólares.

## Rectoría

*¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?*

El MINSAL ejerce la conducción del sector salud en su conjunto estableciendo las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del gobierno y siguiendo las reglas del Código Sanitario. Su tarea fundamental consiste en supervisar las actividades de las cinco organizaciones autónomas que componen al sector salud: el SNSS, el FONASA, el Instituto de Salud Pública (ISP), la CENABAST y la Superintendencia de Salud.

El SNSS comprende 29 Servicios Regionales de Salud que proveen servicios de promoción, protección y atención a la salud a través de una red de hospitales y clínicas de segundo y tercer nivel financiados por el FONASA, el cual reúne, administra y distribuye los recursos. Algunos de estos hospitales también realizan acciones de atención primaria. El MINSAL también regula y supervisa la provisión de atención de primer nivel por parte del Sistema Municipal de Atención a la Salud, el cual no constituye un verdadero sistema. Cada municipalidad tiene un Departamento de Salud adscrito a la autoridad municipal e independiente de las otras municipalidades, pero bajo supervisión técnica del MINSAL.

El ISP es la institución de referencia para cuestiones de salud pública y se encarga de supervisar los laboratorios públicos y todo lo relacionado con la autorización, control de calidad e importación de medicamentos.

La CENABAST actúa como un intermediario en la compra y distribución de medicamentos, insumos y equipo médico para el SNSS. Funciona como regulador del mercado al conseguir precios más bajos dado el volumen de compras que maneja, aunque los servicios de salud y hospitales del sector público son libres de comprar al proveedor que elijan.

Por último, la Superintendencia de Salud, que hasta 2005 era llamada Superintendencia de las ISAPRE, incluye dos intendencias, la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, encargada de fiscalizar las actividades de las ISAPRE, el FONASA y el Régimen de Garantías en Salud, y la Intendencia de Prestadores, responsable de vigilar las actividades de todos los prestadores de salud tanto públicos como privados. Desde 2005 la Intendencia de Prestadores establece un registro nacional de todos los prestadores individuales certificados así como un registro nacional de las entidades certificadoras.

El MINSAL elabora las normas y programas que definen las coberturas y contenidos de los contratos entre los prestadores de atención a la salud y los usuarios. Estas normas son obligatorias para los establecimientos públicos y privados que tienen convenios con el sector público y sirven como referencia para los prestadores de atención del sector privado.

La mayoría de los establecimientos de atención de primer nivel dependen de los municipios, mientras que los hospitales de segundo y tercer nivel se encuentran bajo la supervisión del SNSS. Actualmente se encuentra en desarrollo un plan de hospitales autogestionados de alta complejidad.

Por lo que se refiere a la regulación de los profesionales de la salud, el título profesional de grado sólo puede ser expedido por las universidades, las cuales son reguladas por el Ministerio de Educación. Las recientes innovaciones facultan a la Superintendencia de Salud a establecer un registro de todos los prestadores individuales certificados, lo mismo que un registro nacional de entidades certificadoras. De hecho, la Superintendencia de Salud actualmente se encuentra en proceso de certificar y acreditar a todas las personas e instituciones prestadoras de servicios a fin de incorporarlas al Plan AUGE.

De acuerdo con el Código Sanitario, la especialización en medicina no requiere un reconocimiento legal expreso. Sin embargo, las universidades y las escuelas de posgrado, junto con la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas, están realizando acciones para certificar la calidad de los especialistas.

### *¿Quién vigila las actividades que impactan la salud?*

Las actividades de vigilancia competen al ISP e incluyen básicamente la evaluación de la calidad de los laboratorios, la vigilancia de enfermedades, y el control y la fiscalización de todos los medicamentos que se producen y se venden en Chile, incluyendo los cosméticos y dispositivos de uso médico. El ISP también vigila todo lo relacionado con la salud ambiental, la salud ocupacional y la producción y control de calidad de las vacunas. En 2003 el ISP dejó de producir vacunas (triple DPT, toxoide diftérico, antitiroidea, antirrábica y antitoxina tetánica) para ocuparse de sus tareas como autoridad reguladora y fiscalizadora.

### *¿Quién evalúa?*

Anualmente los equipos directivos de los Servicios de Salud establecen "Compromisos de Gestión" con el MINSAL que abarcan áreas prioritarias de desarrollo acordes con las políticas sanitarias nacionales y en función de la realidad regional, por lo cual son diferentes para cada servicio de salud. Los equipos municipales de atención primaria establecen el mismo tipo de compromisos.

La División de Gestión de la Subsecretaría de Gestión de Redes del Ministerio de Salud evalúa el cumplimiento de estos compromisos. También existen estímulos financieros asociados al desempeño que alcanzan los equipos locales. Paralelamente, el Departamento de Estadísticas e Información en Salud recoge datos de todos los establecimientos del Sistema Público de Salud que son consolidados, validados y analizados en las distintas divisiones del MINSAL con objeto de fijar las políticas sanitarias.

### **Voz de los usuarios**

#### *¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?*

Como parte de las innovaciones introducidas por el Plan AUGE y la red de hospitales autogestionados, se ha dado un impulso particular a la participación de los usuarios, aunque los consejos consultivos de usuarios de los establecimientos funcionaban en todos los establecimientos hospitalarios y también a nivel de las Direcciones de los Servicios Regionales de Salud desde antes de que se echaran a andar estas innovaciones. Estos consejos son una instancia de control social propia del establecimiento cuyo objetivo es retroalimentar la

gestión y asesorar al administrador. Están constituidos por la comunidad usuaria de cada hospital junto con los trabajadores y representantes de los niveles directivos.

Durante el proceso de introducción del Plan AUGE también se crearon instancias consultivas con participación ciudadana que deben opinar sobre el plan de salud pública regional y hacer propuestas para mejorar la salud de la población. En estas instancias participan dirigentes de uniones comunales y organizaciones de pueblos originarios, alcaldes, y representantes de universidades, mutuales, establecimientos educativos públicos y privados, y cámaras de comercio y turismo.

El Consejo Consultivo AUGE se encarga de legitimar las decisiones respecto de las nuevas garantías explícitas del plan AUGE a través de la discusión pública, asegurando la autoridad y representatividad de sus miembros. Está integrado por un representante de la Academia Chilena de Medicina, dos representantes de las facultades de medicina, dos representantes de facultades de economía o administración, un representante de las facultades de química y farmacia, todos ellos de universidades reconocidas oficialmente, así como tres miembros designados por el presidente de la República, velando por la debida representación regional en su designación.

#### *¿Cómo perciben los usuarios la calidad y calidez de la atención a la salud?*

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud de 2000, el grado de satisfacción de la población con su nivel de salud era bueno, situándose por arriba de cinco en una escala de uno a siete, aunque las mujeres y las personas de escasos recursos suelen estar menos satisfechos.

El Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud efectuado en 2005 mostró que el grado de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud en general es bueno, con un porcentaje de aprobación cercano al 80%, sin diferencias significativas entre los beneficiarios del sistema público y privado.<sup>15</sup>

Los niveles de satisfacción son buenos tanto en la atención ambulatoria como en las hospitalizaciones. Los conocimientos del médico y otros profesionales, así como la adecuación del tratamiento recibido por la persona afectada, son muy bien evaluados casi por la totalidad de los encuestados.

Los aspectos más críticos fueron, en primer lugar, el tiempo de espera para atención ambulatoria una vez que la persona llegó al establecimiento, que fue considerado excesivamente largo o largo por 29%, y, en segundo lugar, el trato del personal administrativo.

## Innovaciones

### *¿Qué innovaciones recientes se han implantado?*

Las más recientes innovaciones introducidas en el sistema de salud chileno tuvieron su origen en un conjunto de proyectos de ley enviados al parlamento en 2002:

- Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, que separa las funciones de provisión de servicios sanitarios y regulación del sector, fortalece la autoridad sanitaria y crea un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados;
- Ley del Régimen General de Garantías en Salud, que crea un sistema de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de patologías prioritarias;
- Ley de Solvencia de las ISAPRE, que asegura la estabilidad del sistema y protege a los afiliados ante situaciones de insolvencia, y
- Ley de Modificación del Funcionamiento de las ISAPRE, que mejora la transparencia y potencia el rol de la Superintendencia.

La reforma está centrada en las necesidades y derechos de los pacientes y define el Régimen General de Garantías en Salud como una herramienta de priorización sanitaria que establece un Sistema Universal con Garantías Explícitas traducido en un Plan de Salud de las Personas.

En enero de 2005 se puso en funcionamiento el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), que garantiza el acceso oportuno a servicios de calidad para 56 problemas de salud, dentro de los que destacan el cáncer en niños, el cáncer de mama, las leucemias, los trastornos isquémicos del corazón, el VIH/SIDA y la diabetes. Las enfermedades se incorporan a este plan de acuerdo con su importancia sanitaria, la efectividad del tratamiento, el impacto financiero sobre las familias y las expectativas de las personas.

Los beneficiarios del Plan AUGE son todos los afiliados al FONASA e ISAPRE. Sin embargo, los enfermos deben seguir ciertas reglas respecto al tratamiento y no tienen derecho a elegir los establecimientos en que habrán de tratarse, los cuales son definidos por el FONASA y las ISAPRE.

Los afiliados al FONASA incorporan las garantías explícitas del plan a sus beneficios sin ninguna cotización suplementaria, mientras que los beneficiarios de las ISAPRE deben pagar una prima adicional, aunque única e igual para todos los cotizantes de una misma ISAPRE, eliminando cualquier tipo de discriminación por edad

o sexo, pero introduciendo un factor de competencia entre las diferentes ISAPRE, ya que pueden ofrecer un mismo plan de seguro a precios distintos.

El meollo del cambio introducido por el Plan AUGE se encuentra en la explicitación de cuatro garantías:

- Acceso: el FONASA y las ISAPRE tienen la obligación de otorgar las prestaciones de salud garantizadas.
- Calidad: todos los prestadores deben estar acreditados ante la Superintendencia de Salud de acuerdo con criterios de calidad.
- Oportunidad: hay plazos máximos para la entrega de prestaciones garantizadas.
- Protección financiera: se define un techo de copago por año para evitar los gastos catastróficos estableciendo un máximo de contribución por copago de un beneficiario por prestación o grupo de prestaciones garantizadas.

*¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?*

El Plan AUGE ha permitido un notable avance, al brindar atención a más de nueve millones 300 mil casos desde su inicio hasta diciembre de 2009 y garantizar el acceso a atención de calidad para todos al ofrecer protección financiera para las 56 enfermedades definidas en el plan.<sup>16</sup> El plan también ha contribuido a la modernización del estado en general y del sector salud en particular, al otorgar una mayor autonomía y flexibilidad en la administración de los establecimientos hospitalarios y permitir a los gestores de las redes centrar su quehacer en la articulación de la atención a la salud.

Asimismo se han allegado recursos y realizado inversiones en infraestructura y equipamiento en beneficio de la atención tanto de los problemas garantizados, como de los no garantizados. También se ha promovido el trabajo con un modelo de gestión clínica basado en evidencia, con guías de práctica clínica y protocolos de atención y con criterios de priorización explícitos.

*¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?*

Desde hace tiempo se reconocían cuatro grandes desafíos para el sector salud para el período 2002-2010: el envejecimiento progresivo de la población con la creciente carga de patologías degenerativas de alto costo; las desigualdades en la situación de salud de la población según el nivel socioeconómico; la insatisfacción de la población respecto al sistema de salud, y la resolución de los problemas pendientes y el mantenimiento de los logros alcanzados.

Sigue siendo necesario reducir las desigualdades en salud al mismo tiempo que hacer frente a los retos del envejecimiento poblacional. De manera concreta, se prevé aumentar el número de problemas de salud incluidos en el paquete del Plan AUGE, que desde julio de 2010 suman 66, fortalecer los cambios tendientes a separar la prestación de servicios asistenciales de las funciones de fiscalización y la implementación del régimen de hospitales autogestionados en red. También se busca reforzar la atención primaria con enfoque familiar, mejorar el sector privado de la salud al fomentar la competencia entre las ISAPRE y simplificando los planes de salud.

Aún no se han efectuado estudios que permitan medir el grado de cumplimiento de los objetivos y el impacto de la reforma en términos sanitarios. Algunos estudios preliminares muestran cierto avance, especialmente en equidad en el sistema ISAPRE.<sup>17</sup> En el aspecto sanitario, un estudio mostró una fuerte asociación entre la implementación del Plan AUGE y la disminución de la mortalidad por infarto agudo al miocardio en un grupo de hospitales públicos.<sup>18</sup>

Como resultado del avance del Plan AUGE, se reconoce que el aumento de la demanda de servicios de atención a la salud ha puesto en evidencia el problema de la carencia de recursos humanos en los servicios del sector público, especialmente en relación con ciertas especialidades y en ciertas regiones. Esto se expresa en un aumento de las listas de espera para la atención de ciertas patologías que no se encuentran incorporadas al Plan AUGE.

En palabras de las autoridades sanitarias, "la reforma del sector ha colocado instrumentos legales, estructurales y de gestión que si bien han permitido avanzar en un enfoque de derechos y en definir los roles y funciones de las estructuras a nivel nacional y regional, deja áreas aún por definir y discutir en términos de la adecuación para el logro de los objetivos primordiales de mejorar la salud y la calidad de vida de los chilenos y chilenas con un enfoque de equidad en el acceso, calidad y resultados."<sup>19</sup>

*Declaración de conflicto de intereses:* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Manuel A. The Chilean health system: 20 years of reform. *Salud Publica Mex* 2002;44(1):60-8.
2. Instituto Nacional de Estadísticas, Comisión Económica para América Latina y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. Chile: Proyecciones y estimaciones de población 1950-2050. Chile: INE, sin fecha. [Consultado el 22 de septiembre de 2010]. Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP\\_T.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/proyecciones/Informes/Microsoft%20Word%20-%20InforP_T.pdf).

3. Instituto Nacional de Estadísticas. Censo 2002, Síntesis de Resultados. Chile: INE, 2003. [Consultado el 26 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.cl/cd2002/sintesisencensal.pdf>.
4. Instituto Nacional de Estadísticas. Sistema de Demografía y Estadísticas Vitales. [Consultado el 26 de agosto de 2010]. Disponible en: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/vitales/vitales.aspx>.
5. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud en las Américas. Indicadores básicos 2007. Washington, D.C.: sin fecha. [Consultado el 31 de mayo de 2010]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB\\_2007\\_SPA.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007_SPA.pdf).
6. Instituto Nacional de Estadística. Compendio Estadístico 2006. Santiago de Chile: INE, 2006.
7. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2003. [Consultado el 2 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/VIGIA20.pdf>.
8. UNICEF, WHO. Immunization summary. A statistical reference containing data through 2008. [Consultado el 18 de enero de 2011]. Disponible en: [www.who.int/immunization\\_monitoring/data/en](http://www.who.int/immunization_monitoring/data/en).
9. Ministerio de Planeación. CASEN 2006: Encuesta de de Caracterización Socioeconómica Nacional. [Consultado el 2 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.gobiernodechile.cl/especiales/casen-2009-encuesta-de-caracterizacion-socioeconomica-nacional/>.
10. World Health Organization. National health accounts. Chile. [Consultado el 18 de enero de 2011]. Disponible en: [www.who.int/wha/country/chl/en](http://www.who.int/wha/country/chl/en).
11. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas Vitales. Informe Anual 2007. [Consultado el 6 de junio de 2010]. Disponible en: [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/demografia\\_y\\_vitales/estadisticas\\_vitales/2010/04\\_01\\_10/vitales2007.pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/2010/04_01_10/vitales2007.pdf).
12. Asociación de Instituciones de Salud Previsional. Datos actualizados a partir de estadísticas de la Asociación de ISAPRE. [Consultado el 6 de junio de 2010]. Disponible en: [http://www.isapre.cl/modulos.php?mod=cat\\_alogo2&fn=53f97c65bc52eb339e2feb6eb2ed5ff3](http://www.isapre.cl/modulos.php?mod=cat_alogo2&fn=53f97c65bc52eb339e2feb6eb2ed5ff3).
13. Vergara-Iturriaga M, Martínez-Gutiérrez MS. Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Publica Mex* 2006;48:512-21.
14. Bitrán R, Muñoz R. Financiamiento y gasto de los hogares en salud en Chile: análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción y Gasto en Salud 2005. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 2010.
15. Ministerio de Salud. Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud. Informe de Resultados. [Consultado el 2 de junio de 2010]. Disponible en: [http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENSG/Informe\\_final\\_Satisfaccion.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENSG/Informe_final_Satisfaccion.pdf).
16. Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud. Casos GES (AUGE) acumulados a diciembre de 2009. [Consultado el 1° de junio de 2010]. Disponible en: <http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articulo-5833.html>.
17. Ministerio de Salud, Superintendencia de Salud, Departamento de Estudios y Desarrollo. Discriminación y equidad de género pre y post reforma de salud. [Consultado el 1° de junio de 2010]. Disponible en: [http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articulo-5795\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articulo-5795_recurso_1.pdf).
18. Nazzari C, Campos P, Corbalán H, Lanús F, Bartolucci J, Sanhueza P, et al. Impacto del plan AUGE en el tratamiento de pacientes con infarto agudo al miocardio con supradesnivel ST en hospitales chilenos. *Rev Med Chile* 2008;136:1231-1239. [Consultado el 6 de junio de 2010]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872008001000001](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001000001).
19. Ministerio de Salud. Logros SSP 2008-2009. Santiago de Chile: Ministerio de Salud 2010.